



MENTAL HEALTH IN OLDER PEOPLE



CONSENSUS PAPER

LA SALUD MENTAL
DE LAS PERSONAS MAYORES
DOCUMENTO DE CONSENSO



DOCUMENTO DE CONSENSO:

La salud mental de las personas mayores

Este documento ha sido redactado por Eva Jané Llopis y Andrea Gabilondo con la colaboración técnica de John Keady y Jenny Billings.

Está basado en el trabajo del grupo de consenso que se reunió en Luxemburgo el 28 de febrero de 2008, (véase la lista de participantes en: <http://www.ec-mental-health.process.net>) y en los comentarios de los colaboradores siguientes: Robert Anderson, Fiona Borrowman, Gertraud Dayé, Annette Dumas, FEAES, Jean Ferriere, Pascal Garel, Jean Georges, Rebecca Gordon, Lars Gustafson, Karin Lotz, Allyson McCollam, Cavid McDaid, Chistine Markin, Sven Matzke Stanley Miller, Chris O'Sullivan, Jurgen Shceflein, Eija Stengard, Charlotte Strümpel, Dimitris Theodorakis, Mary vanDievel, Kristian Wahlbeck.

Este informe ha sido preparado según lo dispuesto en el contrato de licitación suscrito con la Comisión Europea (S12.493939 Lote 4: Salud Mental) y está dirigido por la Consejería de Sanidad de la Generalitat de Catalunya en colaboración con el National Research and Development Centre for Welfare and Health- Stakes, la London School of Economist y el Scottish Development Centre.

Los autores de este informe son responsables de su contenido y no expresa la opinión de la Comisión Europea. Además, ni la Comisión, ni los autores del informe son responsables de cualquier utilización que pueda derivarse la información contenida en el mismo.

Si desea más información o la versión electrónica del documento la encontrará disponible en: <http://www.ec-mental-health.process.net>

Toda la información adicional sobre la Unión Europea está disponible en Internet y se puede acceder a ella a través del servidor para Europa (<http://europa.eu.int>).

This document should be quoted:

Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). Mental Health in Older People. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.

ISBN- 978-92-79-05189-0

© European Communities, 2008

Reproduction is authorised, except for commercial purposes, provided that the source is acknowledged.

Printed by the services of the European Commission (OIL), Luxembourg



La salud mental y el bienestar de la población están adquiriendo cada vez más importancia como fuente primordial de salud, de aprendizaje, de productividad y de integración social; además, somos cada vez más conscientes de los problemas principales, entre los cuales está la necesidad de afrontar las tasas crecientes de trastornos diagnosticados de salud mental, para que las personas que padecen este tipo de enfermedades puedan disfrutar de una vida mejor, venzan el estigma y tengan garantizados sus derechos fundamentales.

La responsabilidad principal de los gobiernos de los Estados miembros y de los organismos regionales es actuar en el campo de la salud mental, junto con los actores pertinentes de los sectores que están a cargo de la sanidad, la juventud, la educación, el trabajo y la sociedad civil. Al mismo tiempo, los asuntos de salud mental están íntimamente relacionados con los valores europeos que tienen impacto en la capacidad de la UE para lograr los objetivos de sus políticas.

El 13 de julio de 2008, la conferencia de alto nivel de la UE “Juntos por la Salud Mental y el Bienestar” estableció el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Este Pacto es un símbolo de la determinación de los participantes en la conferencia para intercambiar y trabajar conjuntamente, según las posibilidades europeas, en los asuntos y los problemas de salud mental.

Con la finalidad de presentar este Pacto, se han redactado cuatro documentos de consenso y un documento de investigación que tratan de sus asuntos prioritarios, que son los siguientes:

- Prevención de la depresión y el suicidio.
- La salud mental de la juventud y de la educación.
- La salud mental laboral.
- La salud mental de las personas mayores.
- Combatir el estigma y la exclusión social.

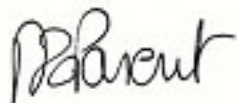
En cada uno de estos asuntos, los documentos ponen de relieve datos estadísticos, tendencias y aspectos de debate fundamentales del contenido del Pacto, e identifican los ejemplos prioritarios de las actuaciones basadas en pruebas factuales. Gran parte del valor de los documentos de consenso reside en su amplia titularidad, ya que para su preparación se reunieron muchos expertos de toda Europa, que tenían experiencia y enfoques distintos, entre los cuales se pueden citar los siguientes: investigadores, políticos, profesionales de los sectores principales, actores de la sociedad civil, usuarios y cuidadores.

Los documentos de consenso crean una base sólida para implementar el Pacto en los años venideros, los cuales comprenden una cartografía de las actividades de los Estados miembros, una recopilación mejor de las buenas prácticas, la creación de recomendaciones compartidas y unos compromisos de actuación. Asimismo deseo expresar mi agradecimiento a todas las personas que han contribuido a la preparación de estos documentos, y confío en que sean de utilidad para todos.

La Comisaria de Sanidad
Androulla Vassiliou

Actuaciones de la UE que pueden mejorar la salud mental de los personas mayores

AGE da la bienvenida a la iniciativa de la UE, cuyo objetivo es afrontar el aspecto más difícil de la salud mental de las personas mayores. Teniendo en cuenta que el proceso de envejecimiento de la población europea es muy rápido, la promoción de una buena salud mental de las personas mayores y la protección de la misma, está convirtiéndose en una de las mayores preocupaciones sociales en todos los Estados miembros de la UE. La respuesta a estas dificultades sería mucho más fácil para los Estados miembros si coordinaran sus esfuerzos e intercambiaran los resultados clínicos y las buenas prácticas en los siguientes aspectos que afectan a las personas mayores: detección y tratamiento de la demencia, prevención de los efectos adversos de una medicación excesiva y la polifarmacia, preparación adecuada de los trabajadores cuando dejan el trabajo de jornada completa y se jubilan, prevención del suicidio y tratamiento del abuso del alcohol y drogadicción, lucha contra la exclusión social y el abuso, y dirección correcta de la dimensión de género en la salud mental. La dificultad del ámbito demográfico de la UE hace que lo más urgente sea adoptar un enfoque holístico para conseguir un envejecimiento saludable, que conlleva la promoción de la salud mental en la tercera edad. La Unión Europea puede contribuir a que se satisfagan mejor las necesidades¹ de la población mediante el uso de las políticas existentes y de los instrumentos de financiación de la UE, para fomentar un envejecimiento activo y para aumentar el número de años saludables. Esta es la razón por la que AGE acoge este Documento de Consenso de la Salud Mental de las Personas Mayores como un análisis exhaustivo de la función que la Unión Europea puede realizar para mejorar la salud mental de la población de los mayores, así como para garantizar que los cambios demográficos que se están afrontando en Europa den lugar a más oportunidades, a un mejor acceso y una mayor solidaridad en el transcurso del siglo XXI².



Anne-Sophie Parent,
Directora de la Plataforma Europea para Personas Mayores (AGE)

¹ La Comisión publicará, en noviembre de 2008, una notificación sobre cómo satisfacer mejor las necesidades de una población en proceso de envejecimiento.

² Agenda social nueva: Oportunidades, acceso y solidaridad en el siglo XXI en Europa, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0412:FIN:EN:PDF>

En el ámbito de la Unión Europea las personas mayores realizan una aportación a la familia y a la sociedad que todos recibimos con mucho cariño. En los Estados miembros surgen, a cada momento, ocasiones nuevas para que las personas de edad avanzada demuestren su capacidad para superar las dificultades. Hay que resaltar que los mayores poseen una experiencia vital que es una fuente de sabiduría y un instrumento de identidad en el campo personal, familiar y social.

La mayor parte de nuestros mayores gozan de un estado de salud mental sano y de bienestar, que se traducen en una calidad de vida mayor, en una vida satisfactoria y en capacidad para realizar una aportación a la sociedad. Sin embargo, existen grupos de personas mayores en los que se presenta una prevalencia alta de estados neuropsiquiátricos, entre los cuales se incluye la demencia, y que conllevan costes sanitarios y de bienestar.

Como el número de la población de personas mayores en Europa está creciendo, el los problemas mentales están aumentando también, por lo cual puede afirmarse que este cambio demográfico tendrá implicaciones en los sistemas de salud pública y social, en los mercados de trabajo y en la economía de los países de la UE.

Es necesario esforzarnos más para que aumente el número de las personas que maduran gozando de un buen estado de salud mental, asimismo tenemos que trabajar para prevenir los problemas mentales, y hacer las disposiciones necesarias para que los pacientes que sufren este tipo de trastornos tengan asegurado el acceso a unos tratamientos y a una asistencia de alta calidad.

1. CONTEXTO POLÍTICO

El índice de personas mayores en la población de la UE ha aumentado. Este cambio demográfico tiene implicaciones importantes en la salud pública, en los sistemas de protección social, en el mercado de trabajo, en las economías de los países de la UE, y también en las políticas que están relacionadas con estos aspectos. Los Estados miembros tienen la responsabilidad de dar respuesta a este cambio, que está relacionado con el principio de subsidiariedad. Por eso hay que realizar una actuación en el ámbito comunitario que pueda complementar sus actividades.

En el ámbito de la UE se han creado iniciativas relacionadas con el “envejecimiento” y una estrategia que aborda las consecuencias de el “cambio demográfico”. En dichos instrumentos se ha adoptado el concepto de “envejecimiento activo”, que describe las actuaciones que crean las condiciones que capacitan a los trabajadores mayores para seguir en el mercado laboral, y para fomentar su motivación laboral en años posteriores (no sólo del empleo).

La salud, incluyendo la salud mental, es una precondition del envejecimiento activo “que fomenta la salud de una Europa envejecida” y que es el primer objetivo de la estrategia sanitaria que ha presentado la Comisión en su Libro Blanco 2007 “Juntos por la Salud. Un enfoque estratégico para Europa 2008-2013”.

Hay otras iniciativas en el seno de la UE que tratan la situación de las personas mayores dependientes y discapacitadas, que comprenden a pacientes que padecen algún tipo de demencia, como la enfermedad de Alzheimer. Trabajar con los Estados miembros, mediante un método abierto y coordinado, en el campo de la protección social y la inclusión social, explora formas de tratar las necesidades de la población dependiente y de abordar los determinantes de la salud y de la enfermedad. Además la Comisión inició un debate acerca de cómo hay que proteger de manera eficaz la dignidad de las personas mayores y de cómo se puede prevenir el abuso y la negligencia hacia las personas mayores.

2. TENDENCIAS

2.1. Problemas del cambio demográfico en la UE

No hay una definición acordada de cuando empieza la “senectud”¹. Además, hay que señalar que el concepto más frecuente de pertenencia a grupos de edad madura tiene connotaciones y significados distintos en todas las culturas, sociedades y pueblos. Aunque se sabe lo que es la senectud, la Comisión ha subrayado que la estructura de la sociedad ha cambiado de forma radical, ya que se ha producido un cambio en la estructura familiar, en la que hay más “trabajadores mayores” (55-64 años), más personas mayores (65-79 años) y más personas mayores frágiles (de 80 años en adelante)^{2,3}.

El cambio demográfico, que Europa está afrontando, es el resultado de una tasa de natalidad muy baja y del aumento de la longevidad, lo cual significa que en las próximas décadas habrá menos gente joven y menos adultos jóvenes; más trabajadores mayores, más pensionistas y más personas mayores. La proporción de la población por encima de los 65 años en 2050 estará en torno al 30 %, y el 11 % tendrá más de 80 años (Gráfico 1)⁴. Esta transformación tendrá implicaciones importantes en la salud mental puesto que la salud mental débil y los trastornos son muy frecuentes en la población de mayores. El cambio también requerirá un aumento de la ayuda y de los servicios, y tendrá consecuencias que repercutirán en el mercado laboral, en los sistemas de asistencia sanitaria, en la capacidad de los cuidadores y en la sociedad.

Envejecer gozando de una buena salud física y mental es un derecho de todos los europeos. Dichos derechos se extienden a la reducción del estrés de las personas que están al cargo de las personas mayores y a la garantía del acceso equitativo a los sistemas de asistencia sanitaria y a las oportunidades de trabajo; tanto en el sector privado como en el público. *Más Años de Vida Sana* quiere decir que una población está activa y que hay menos jubilaciones por motivos de mala salud.

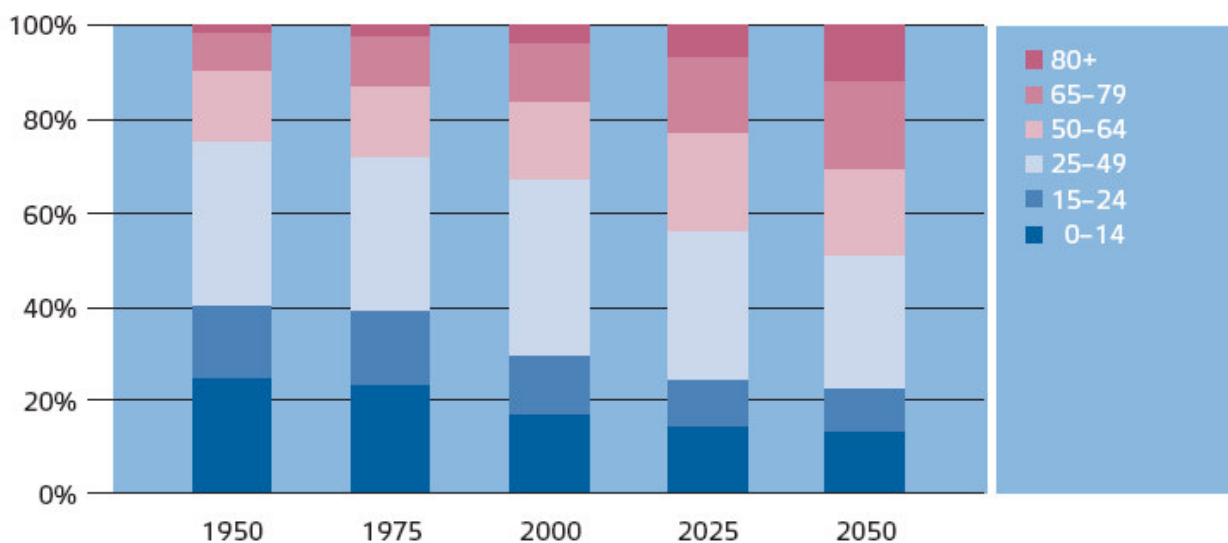


Gráfico 1: Distribución de la población en la UE-25 por grupo de edad (1950-2050)

2.2. Salud física y mental deficitaria en personas mayores

Los trastornos mentales son frecuentes en las personas mayores y son un gran obstáculo que les impide disfrutar de una madurez activa y satisfactoria

En general, las personas mayores se sienten más insatisfechas de su vida que las personas jóvenes, y ésta es una de las preocupaciones principales de los Estados miembros nuevos⁵, en donde hay grandes diferencias cuando los diferentes grupos de edad expresan el grado de satisfacción y de felicidad que

sienten ante la vida.

Aunque no está muy claro si la prevalencia de la **depresión** y de la **ansiedad** aumenta o decrece con la edad⁶, se sabe que estas enfermedades se producen más en las últimas etapas de la vida (Gráfico 2) y que la depresión afecta a un índice de población con más de 65⁷ años, entre el 10 % y el 15 %, aunque el número puede ser mayor incluso cuando se tiene en cuenta el espectro total de los síndromes depresivos, incluyendo la depresión subclínica. A veces, este trastorno se diagnostica mal y se produce, muy a menudo, en personas que están ingresadas en residencias de mayores⁸. Hay que tener en cuenta también que los problemas de salud mental pueden interactuar en el grupo de personas mayores, haciendo que el procedimiento de valoración y de gestión sea más difícil. Las personas mayores y sus familias y también los profesionales perciben los problemas de salud mental como una consecuencia inevitable del envejecimiento, y no como problemas de salud que pueden mejorar si se utiliza el tratamiento adecuado⁹.

Hay ciertos grupos que tienen más riesgo de padecer trastornos mentales, y son los siguientes: mujeres (el desequilibrio de género es más elevado en el sur de Europa), personas que no están casadas o viven solas, personas con enfermedades físicas y personas discapacitadas (especialmente cuando cursan con dolor y trastornos del sueño)^{10, 11}. Por otro lado, más allá de este impacto inmediato y profundo en la calidad de vida, la depresión en la población de mayores es un factor de riesgo de la discapacidad funcional^{12,13}, y puede anunciar una mortalidad prematura, ya que las personas con depresión son más proclives, entre dos y tres veces, a padecer dos o más enfermedades crónicas, y tienen, entre dos y seis veces, más posibilidades tener, por lo menos, una limitación en sus actividades diarias¹⁴, si se compara con grupos más jóvenes. La depresión con morbilidad asociada en personas mayores aumenta también la frecuencia y el coste de la asistencia profesional y el riesgo de ingreso prematuro en residencias de ancianos.

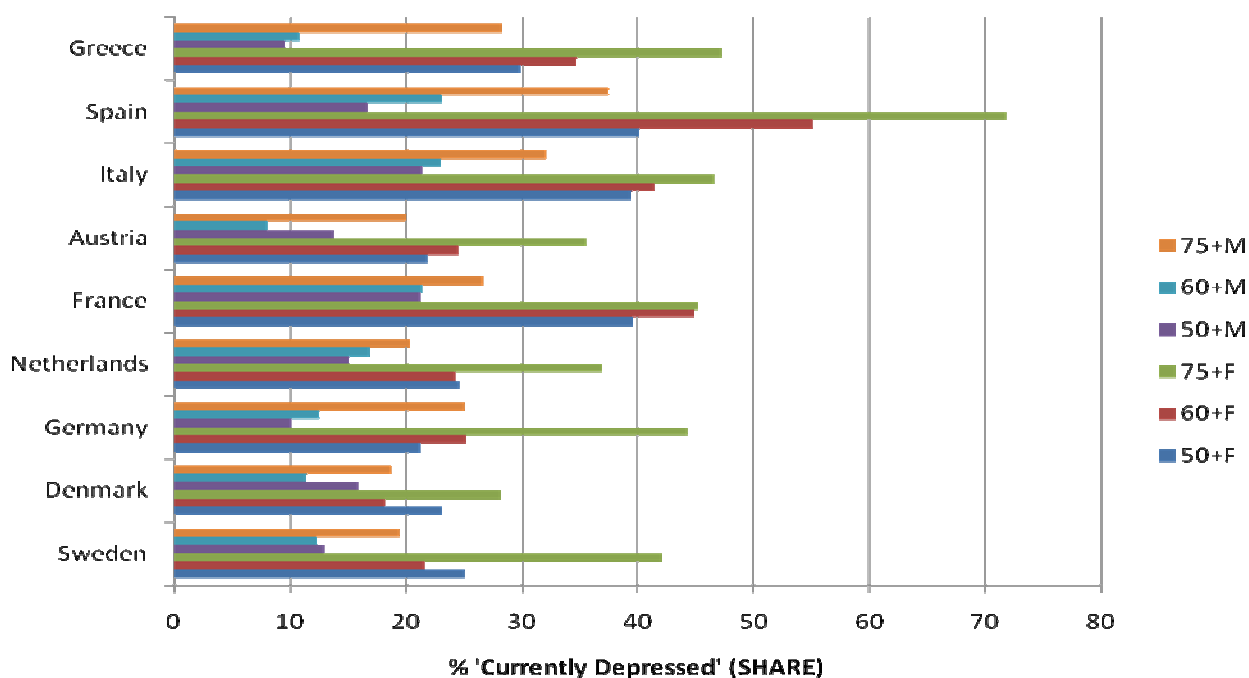


Gráfico 2: Último Estudio de la Depresión por Edad y Género en Nueve Estados miembros
Fuente: SHARE survey

Más de 5 millones de personas de la UE padecen demencia (aproximadamente del 1.1% al 1.3% de la población). La demencia se define como “la pérdida de funciones intelectuales con una gravedad suficiente que interfiere con el desenvolvimiento normal de la persona”¹⁵. La enfermedad de Alzheimer (EA), es un proceso neurodegenerativo lento, el cual, hasta la fecha, ni se puede detener ni se puede evitar; y es la forma más frecuente de todos los casos de demencia (60%). La prevalencia de la enfermedad Alzheimer va desde, aproximadamente, un 2 % entre personas comprendidas entre los 65 y 69 años, a un 22 % entre personas con edades entre los 85 y los 89 años¹⁶; se considera que va aumentar el número de casos a consecuencia del envejecimiento demográfico de la población, con el

doble de casos en 2040 en Europa Occidental y el triple en los países Europa del Este. El número de casos de adultos jóvenes con demencia en toda la UE se desconoce. Además, los estudios de población demuestran que la mayor parte de la población no conoce bien los primeros síntomas de la enfermedad, lo cual propicia el retraso del diagnóstico. Los descubrimientos nuevos despiertan dudas acerca de la capacidad de los médicos de atención primaria para reconocer los primeros síntomas de la Enfermedad de Alzheimer, y hay que decir que al 70 % de los médicos de atención primaria les ha sido difícil detectar los síntomas precoces de la enfermedad^{17,18}. El estigma y la negación de la enfermedad son factores importantes que contribuyen a un diagnóstico tardío o incompleto de la demencia, junto con los contextos culturales concretos que entran en juego^{19,20}.

Los Trastornos derivados del uso del alcohol son muy frecuentes entre las personas mayores, sobre todo en hombres, y especialmente en aquellos que padecen exclusión social, solteros, separados o divorciados²¹. El uso problemático del alcohol está asociado con el deterioro generalizado de la salud física, psicológica, social y cognitiva. De acuerdo con los estudios realizados en la sociedad, la prevalencia de estos trastornos en las personas con más de 65 años está aproximadamente en un 3 %. No obstante, muchos casos no se detectan, ya que los criterios de diagnóstico y los instrumentos de barrido están dirigidos a los adultos jóvenes. No podemos olvidar el señalar que el **uso de fármacos psicotrópicos**, entre personas mayores, es elevado, especialmente entre las mujeres, y que aumenta con la edad⁷, aunque los estudios de población determinan que la prevalencia de la dependencia de los fármacos es todavía baja entre la población de mayores.

En Europa las personas mayores son el grupo que presenta el **índice más elevado de suicidios** (los índices en el 2005 van del 16,38 al 22,9 por 100.000 habitantes en la UE-27, que aumenta con la edad y que alcanza la cifra más alta en los mayores 85 años²³)

Los índices de muerte por suicidio y las autolesiones intencionadas han decrecido en la UE-27 en los últimos años (Gráfico 3). Sin embargo, se espera un aumento en cifras absolutas en las próximas décadas, como resultado del cambio demográfico que se producirá en Europa y que causará un envejecimiento de la población. Los factores de riesgo concretos en este grupo de edad incluyen los trastornos psiquiátricos –principalmente la depresión- (presentes en el 71% al 95 % de los casos de suicidios), las enfermedades crónicas y dolorosas, y la exclusión social. Los suicidios consumados son probablemente la punta del iceberg de la angustia psicológica, y del malestar físico y social que experimentan los mayores.

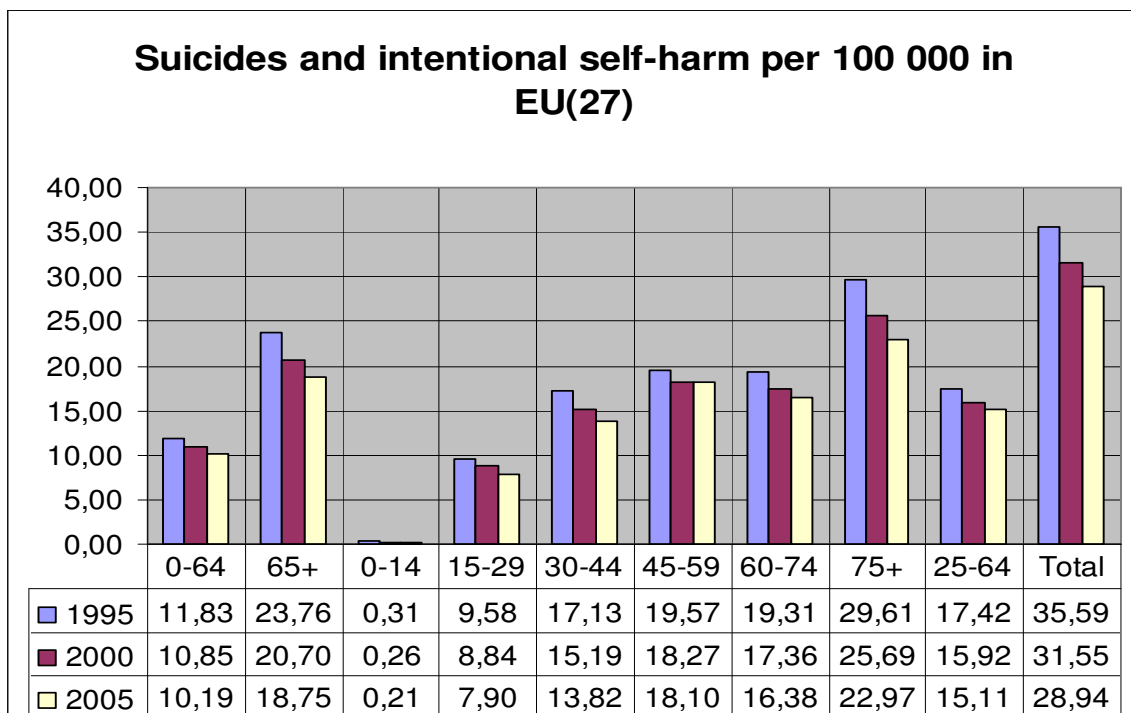


Gráfico 3: Índice neto de muertes producidas por suicidio y autolesiones intencionadas por 100.000 habitantes, no están incluidas las muertes por accidentes de intención indeterminada

La salud física deficitaria y las limitaciones funcionales están relacionadas con los trastornos mentales

La salud física es una preocupación básica de muchas personas mayores y está frecuentemente relacionada con estados de salud mental que también son también deficitarios²⁵. Más de dos terceras partes de las personas que tienen más de 55 años han padecido, por lo menos, una enfermedad crónica diagnosticada durante su vida, y en torno a un 40 % han tenido dos o más enfermedades de esta clase²⁶. Además, está demostrado que hay una comorbilidad importante de los trastornos de salud mental y de las enfermedades crónicas, que incluyen las lesiones recurrentes (por ejemplo las caídas), los accidentes cardiovasculares y el dolor crónico. Los trastornos mentales tienen mucho impacto en la discapacidad, la evolución de la enfermedad, cumplimiento terapéutico y riesgo de mortalidad prematura.

Muchas personas mayores experimentan también limitaciones funcionales debido a los problemas relacionados con la salud. Por ejemplo, hasta un tercio de la población anciana experimenta limitaciones de movilidad y discapacidad de visión y de audición. Hay cálculos aproximados que sugieren que un 40 % de la población que padece discapacidad auditiva padece problemas mentales en algún momento de sus vidas²⁷. Y También hay que decir que existen otras discapacidades que conducen también a la depresión (el 20 % en algunos estudios²⁸), ya que la salud mental deficitaria y la soledad aumentan debido al impacto de los problemas relacionados con la salud que se producen en lo referente a la capacidad que tienen las personas mayores para relacionarse y participar en la vida activa. Además, el impacto discapacitante que producen los trastornos de salud mental en las actividades de la vida diaria es de tanta importancia como el de las principales enfermedades crónicas, como es el caso de la artritis reumatoide. Es importante señalar que las mujeres mayores tienen más probabilidad que los hombres de que su actividad social sufra consecuencias cuando están afectadas por problemas de salud física y mental²⁹.

El abuso de las personas mayores: un problema de salud nuevo que hay que afrontar³⁰.

Mientras la mayor parte de las personas mayores pueden vivir de manera independiente, otras son más débiles y necesitan ayuda externa, lo cual hace que sean más vulnerables a diversas formas de abuso. El abuso de las personas mayores puede ser físico, psicológico, económico y sexual, aunque también puede experimentarse en forma de descuido. A veces, más que una forma deliberada de hacer daño a las víctimas, es el resultado de una sobrecarga de trabajo, o de la falta de una formación adecuada de los profesionales y de los familiares que los cuidan. El abuso de las personas mayores puede estar relacionado con problemas de organización en las instituciones de asistencia profesional.

No hay datos de la prevalencia del abuso de las personas mayores en el ámbito de la UE, pero hay estudios nacionales que hablan de una prevalencia anual del 4 % de abuso o descuido hacia las personas mayores que viven en domicilios privados. Las personas que cometen este tipo de delito son: parientes, amigos íntimos, profesionales sanitarios y vecinos³¹; las instituciones, debido a la asistencia deficiente, presentan una incidencia del 30 %. Las personas que padecen incapacidad física y mental o están en una situación de debilidad social son las que tienen más riesgo de vivir situaciones de abuso, como es el caso de las personas que sufren exclusión, pobreza o marginación cultural. Las circunstancias sociales generales que pueden contribuir al aumento del riesgo son: la mala distribución de recursos, las políticas poco sensibles, que afectan a los mayores, y la falta de solidaridad entre generaciones.

2.3. Los factores sociales y económicos aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores en lo referente a los trastornos mentales

Las desigualdades socioeconómicas reproducen el mismo patrón en el aspecto sanitario de la población de mayores.

Hasta hace poco se consideraba que la edad tenía un efecto “nivelador” de las desigualdades socioeconómicas y que las diferencias entre ricos y pobres eran menores en la población de mayores.

Sin embargo, estudios longitudinales recientes han hecho dudar de estos supuestos, ya que se ha demostrado que las personas mayores con niveles bajos de educación y renta presentan una salud más deficiente, un riesgo alto de padecer problemas de salud de larga duración y limitaciones funcionales producidas por la enfermedad. Asimismo, se ha descubierto que este patrón se reproduce de manera sistemática en todos los países europeos^{32,33,34}.

Pobreza, senectud y salud mental deficitaria

Aunque el riesgo de la pobreza de la población de mayores se ha reducido mucho, hay casos todavía en los que los sistemas de pensiones fallan en cuanto a la provisión de los recursos adecuados mínimos, especialmente en el caso de las mujeres, que constituyen los dos tercios de los pensionistas con una edad por encima de los 75 años³⁵. Los índices de pobreza en la población de mayores varían mucho en el ámbito de los Estados miembros (Gráfico 4) y, si bien están reduciéndose, son todavía elevados en algunos países.

En 2004, el promedio del índice de riesgo de pobreza en la UE era del 16 %, aunque las cifras nacionales oscilan entre el 9 % y el 10 % (en Suecia y la República Checa) al 20 % y 21 % (en Lituania, Polonia, Irlanda, Grecia, España y Portugal). Sin excepción de ningún Estado miembro, las mujeres mayores son las que tienen el riesgo mayor de pobreza, si se compara con los hombres, quienes generalmente no están más expuestos a dicho riesgo que los hombres jóvenes.

El riesgo más elevado en los grupos de personas mayores (cohortes) (por encima de 75 años), están representados principalmente por mujeres. Este hecho está relacionado con varios factores, que son las rentas bajas y el abandono de las carreras profesionales, junto con las normas de indexación de ciertos países que generalmente producen como resultado un empeoramiento progresivo de las pensiones de jubilación a medida que las cohortes envejecen³⁶. Sin embargo, las medidas que se han introducido en algunos Estados miembros, como son los planes de garantía de renta mínima y los aumentos de su garantía, es probable que reduzcan el riesgo de pobreza.

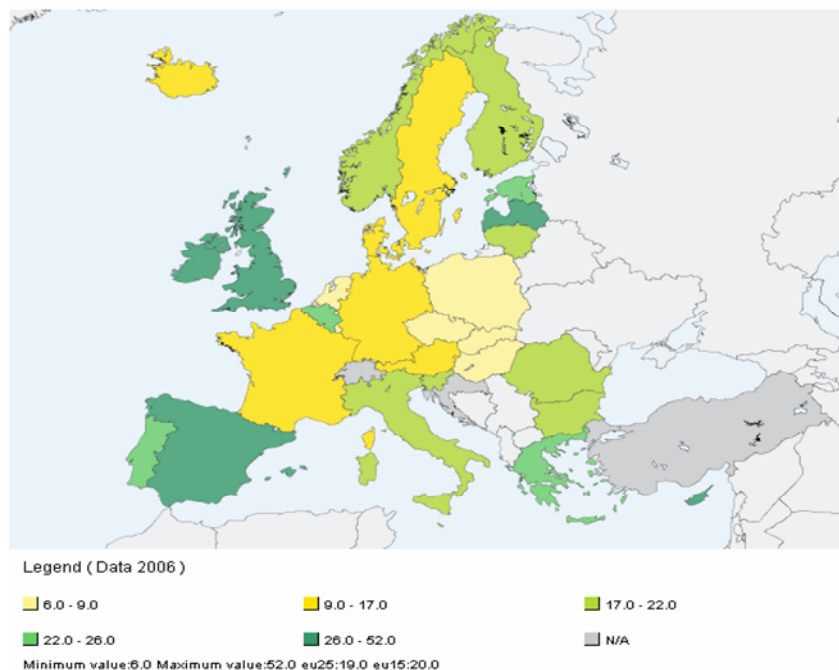


Gráfico 4: Riesgo de pobreza en personas mayores de 65 años.
Fuente: EUROSTAT

Mujeres, minorías culturales y personas de áreas rurales: subpoblación olvidada.

El segmento de más edad de la población se considera generalmente un grupo vulnerable. Sin embargo, es importante resaltar que no es un “grupo” homogéneo e incluye ciertas subpoblaciones, que pueden presentar un riesgo más elevado de problemas sanitarios. El primer grupo es de las mujeres

mayores, que padecen más enfermedades crónicas, discapacidad y depresión que los hombres. Desgraciadamente, las políticas dirigidas a las personas mayores no tienen una “orientación de género”, por lo tanto no tienen en cuenta esta desigualdad. La generación actual de mujeres mayores, especialmente de mujeres europeas que viven solas en Europa, está expuesta a muchos factores de riesgo muy concretos que aumentan su vulnerabilidad hacia los trastornos de salud mental, entre dichos factores se pueden citar los problemas de aislamiento social y la desigualdad de oportunidades en el campo de la educación y de la formación profesional durante la edad laboral, que después se ve reflejada en unas pensiones más bajas. Además, muchas mujeres mayores tienen obligaciones importantes como cuidadoras y, a medida que se hacen más mayores, son muy proclives a olvidar sus necesidades y a dedicar su atención a los demás.

Otros grupos vulnerables de la población de mayores son los siguientes: personas que viven en zonas rurales, inmigrantes, miembros de minorías étnicas y personas discapacitadas. En estos grupos, el estigma, la discriminación y la exclusión social contribuyen a aumentar las dificultades que conlleva la madurez, y pueden verse afectados de una manera especial por obstáculos que les impiden disfrutar de una calidad de vida satisfactoria.

2.4. Cuidadores como grupos de riesgo

La atención informal es la piedra angular de apoyo de las personas mayores que dependen del cuidado de los demás. Los expertos consideran que el 70 % de las personas que tienen más de 70 años no son capaces de realizar por sí mismos, por lo menos, una de cada dos actividades de su quehacer cotidiano³⁷. Muchas personas mayores discapacitadas viven acompañadas y la atención que reciben proviene fundamentalmente de la familia, de los amigos y de los vecinos³⁸. En el caso de la demencia, entre un 50 % y un 80 % de las personas que la padecen están cuidados en su domicilio.

Dispensar la atención necesaria en el hogar familiar acarrea tensión física, psicológica, social y económica, y los miembros de la familia (normalmente las mujeres) tienen a menudo que sacrificar muchas cosas para cuidar a sus familiares. El problema se agrava cuando los cuidadores no tienen la preparación suficiente, y la ayuda económica y humana es escasa. Como consecuencia de este hecho, los cuidadores tienen riesgo de padecer una enfermedad física o psicológica, lo cual indica que es necesario proporcionar ayuda a los cuidadores para evitar que caigan enfermos.

El hecho es que casi el 25 % de los cuidadores presentan unos niveles clínicos elevados de ansiedad, y la mitad de los que cuidan de pacientes de demencia llegan a sufrir una depresión. Los problemas de salud general y los accidentes físicos, como es el caso de los problemas de espalda asociados con la elevación, son también frecuentes. Además, los cuidadores de personas con demencia tienen probabilidad de tener niveles altos de estrés y carga, y también de presentar cuadros de depresión y fatiga³⁹.

Existe un impacto negativo a causa de los periodos de vida dedicados al cuidado de otros, por ejemplo, cuando ellos mismos se hacen mayores, ya que los cuidadores no profesionales de personas con demencia, que han interrumpido sus vidas laborales para cuidar a un familiar, verán disminuidos sus ingresos como consecuencia de la reducción de la vida activa remunerada, lo cual les recortará sus pensiones.

2.5. Implicaciones estructurales del envejecimiento y la salud mental en la sociedad

Implicaciones en las estructuras sociales de ayuda en relación con la salud mental

En Europa el número de personas que viven solas está creciendo de forma significativa. La mayoría de estas personas son personas mayores de 40 años. La soledad tiene una influencia concreta en el bienestar psicosocial de las personas mayores y está también relacionada con las enfermedades crónicas y las tasas de salud deficitaria. Las diferencias entre los Estados miembros son grandes, y demuestran que la cohabitación de las personas mayores con sus familiares niños es más frecuente en los países del sur de Europa que en los del norte, en los que es muy frecuente que las personas mayores vivan solas y que cuando se hacen dependientes son ingresadas en instituciones.

El apoyo social es esencial en los casos de bienestar social. La ayuda de la familia, y especialmente la de los niños, está considerada la mejor fuente de apoyo. No obstante, hasta un 14 % de los entornos de personas mayores no hay niños, y esta proporción alcanza el 23 % cuando se trata de personas muy ancianas. Como consecuencia del crecimiento de los grupos de edad muy avanzada (más de 80 años) en un futuro, todo parece indicar que las personas mayores tendrán menos niños a su alrededor para que les cuiden, lo cual hace que aumente la necesidad de atención profesional, casas adaptadas, facilidades de transporte y otras infraestructuras públicas, y este hecho será más importante en aquellos países en los que la mayor parte de las personas mayores están todavía al cuidado de la familia, como sucede en los países del sur de Europa.

Repercusiones de la salud mental en el mercado de trabajo

El mercado laboral está experimentando ya las repercusiones del cambio demográfico de crecimiento de población: el número de personas de más de 55 años crecerá entorno al 9,6 % entre 2005 y 2010, y en torno al 15,5 % entre 2010 y 2030 (antes de que la caída aguda de adultos de la época del “baby boom” alcance el final de su etapa vital)⁴. Esto significa que es necesario hacer un cambio radical en la política de las jubilaciones anticipadas, no sólo para asegurar que continúen trabajando un número más elevado de las personas que en este momento tienen entre 55 y 64 años, sino también para mejorar la capacidad de trabajo de los que en este momento tienen entre 40 y 50 años.

En el Consejo Europeo de Estocolmo (2001) se acordó que el objetivo tiene que estar establecido, para la UE, en un índice de empleo del 50 % de trabajadores mayores (de 55 a 64 años) en 2010; asimismo, la UE se ha comprometido en apoyar este plan a través de la realización de una política de coordinación, intercambio de experiencias y buenas prácticas, y también de instrumentos económicos. Esto facilita que muchas personas mayores continúen trabajando después de pasada la edad de jubilación forzosa, o combinen la jubilación con el trabajo.

Las circunstancias de la jubilación anticipada en este momento no sólo tienen repercusiones en la economía, sino también en la salud mental, ya que una transición suave del trabajo a la jubilación está asociada con un estado de ánimo alto, mientras que una jubilación abrupta y total está relacionada con los síntomas de depresión. Por otro lado, los trastornos mentales son la causa principal de jubilación anticipada y de pensiones de discapacidad⁴¹. Valga como ejemplo decir que en 2002 el 40 % de las jubilaciones anticipadas en Alemania se debieron a trastornos mentales, que son la causa principal desde 1996, y que es un índice incluso mayor que el que presentan los problemas del aparato locomotor, los problemas vasculares y el cáncer.

2.6. Coste y carga de los trastornos de salud mental en la población de personas mayores

El European Brain Council (Instituto Europea del Cerebro) calcula que el coste total de los problemas de salud mental en 28 países europeos fue de 295.000 millones de euros, y un 7 % de este coste se debió a la jubilación anticipada.

El envejecimiento puede causar que el crecimiento anual posible del PNB en Europa experimente una caída situada entre el 2-2,25 % en 2008 y el 1,25% en 2040, este hecho tendrá consecuencias adversas para los empresarios y para las iniciativas que se toman en nuestra sociedad. Una parte de estos costes están asociados con los problemas mentales de las personas mayores, puesto que provocan la utilización de asistencia sanitaria y son los causantes de unos gastos sanitarios muy elevados, y que además pueden evitarse.

De acuerdo con los cálculos del Gasto Global por Enfermedad del Informe Mundial de Sanidad 2003, la demencia representó el 11,2 % de los años vividos con discapacidad de personas que tenían más de 60 años; este dato demuestra que es una carga mayor que los accidentes cerebrovasculares agudos, los trastornos del aparato locomotor (8,9 %), las enfermedades cardiovasculares (5%) y todos los tipos de cáncer (2,4%). La demencia clínica es también la causa mayor de dependencia entre personas con más de 75 años.

Knapp y sus colegas calculan que en el Reino Unido, 224.000 de las 461.000 personas del grupo de población de mayores, que padece discapacidad cognitiva, viven en instituciones, y esto conlleva un coste de 4.600 millones de euros anuales, o dicho de otra forma el 0,6% del producto nacional bruto del Reino Unido; y que, si se quiere satisfacer la demanda, el gasto de la asistencia de larga duración a las personas con discapacidad cognitiva tendría que duplicarse desde 1998 a 2031.

Hay muchos gastos asociados que no se tienen en cuenta, como son los relacionados con los cuidadores familiares. Por ejemplo, se ha descubierto que, en algunos países europeos el coste de la asistencia de los pacientes de la enfermedad de Alzheimer, necesitan entre un 10 % y un 25 % de la renta anual neta de una familia⁴². Otros estudios calculan que el coste total de asistencia informal es casi el coste total de asistencia sanitaria atribuible a la demencia en Europa.

2. MARCO DE ACTUACIÓN

Introducción General

Las necesidades de asistencia sanitaria y social de un número creciente de personas frágiles y de personas mayores dependientes será un asunto de gran preocupación en los años venideros. Se ha demostrado que realizar varias intervenciones en muchos campos es eficaz para mejorar la salud mental y el bienestar de las personas mayores en todas las etapas vitales de la madurez (por ejemplo, desde la prejubilación con una edad de más de 55 años, hasta personas con 85 años que están atendidas en residencias), en los diferentes géneros y en todas las situaciones ya sean culturales, socioeconómicas y geográficas. Las intervenciones que están dirigidas a varios objetivos como pueden ser: físicos, mentales y sociales, tienen más probabilidad de tener un mayor impacto en términos de mejora de la salud de las personas mayores. Una combinación de soluciones adaptadas dirigen mejor la gestión de las necesidades concretas de la salud mental de las personas mayores en el ámbito de los Estados miembros europeos.

Envejecimiento activo y participación social

Mantenerse activo e involucrado con la sociedad está asociado con un estado mental bueno y con el bienestar. La mayoría de las personas mayores querrían continuar colaborando con la sociedad, puesto que, debido a su pasado, están llenos de conocimiento y experiencia que pueden compartir. La participación puede fomentarse mediante actividades tales como el empleo y el aprendizaje, pero también requiere entornos externos e internos saludables y seguros para ellos. El envejecimiento activo hace que las personas mayores estén estimuladas y comprometidas; este hecho les produce un sentimiento de utilidad, propósito y responsabilidad que les ayuda a mantener la salud mental y el bienestar.

3.1. La participación en actividades positivas contribuye a la salud mental y al bienestar de las personas mayores

Se ha descubierto que participar en actividades positivas aumenta el bienestar y mejora la salud mental de los mayores. Aprender es de todos sabido que es un elemento clave en el campo de la promoción de la salud, y para las personas de todas las edades, aunque hay pruebas factuales que demuestran que la participación en actividades educativas decrece con la edad. Los programas integrales de aprendizaje promueven la realización social, personal y profesional de las personas mayores, y además están asociados con los procesos sanos de envejecimiento. Se ha demostrado que las iniciativas educativas que están adaptadas a este grupo de edad, y que incluyen honorarios moderados, currículums adaptados, criterios de admisión y materiales de aprendizaje, tienen grandes resultados. Otras formas de participación positiva son las iniciativas de desarrollo social que aceptan a personas mayores y a

voluntariado, las cuales aumentan el bienestar de los mayores, que actúan como voluntarios y también de los que reciben dicha asistencia (Recuadro 1).

Recuadro 1.- Programa de actuación en hogares intergeneracionales

Los hogares multigeneracionales alemanes reúnen a jóvenes y a mayores, y de este modo todos tienen algo que ofrecer a los demás. Se les ofrece una oportunidad de acercamiento y de construir un vecindario nuevo. En este contexto pueden utilizar deliberadamente las capacidades de las personas mayores quienes, por su parte, son ayudados por los jóvenes cuando lo necesitan. De este modo, se fomenta una sociedad activa con cohortes de cuatro edades y se refuerza la cohesión entre generaciones, mediante el hecho de que todos compartan las capacidades de todos. El conocimiento y la experiencia no sólo no se pierden, sino que se demuestran en la vida cotidiana, en el entorno habitual y se transmiten al resto de la comunidad. Esto puede ser especialmente útil para las personas más ancianas, ya que reciben consejo y ayuda concreta de forma fácil y sin tener que vencer los impedimentos de las estructuras organizativas, y además se realizan dentro de una atmósfera de cohesión social.

3.2. El ejercicio mejora la salud mental y aumenta la participación social

El ejercicio, que normalmente se recomienda a la población de personas mayores, es una ayuda para mejorar la salud física, el bienestar, el estado psicológico y reducir los síntomas depresivos. Los diferentes tipos de programas de actividad física han demostrado que tienen un impacto en la salud física y mental, los cuales incluyen ejercicios de fuerza y resistencia, aeróbico y paseo, si bien de intensidad moderada. La relación social va acompañada a menudo de sesiones de ejercicio físico, el cual suele dar muy buenos resultados, además el ejercicio físico es una estrategia preventiva de bajo coste que tiene muchas repercusiones positivas en otros muchos aspectos sanitarios de los mayores (Recuadros 2 y 3). Además, se ha demostrado recientemente que existe una asociación entre la actividad física y las tasas bajas de demencia.

Recuadro 2. Fit for 100 (En forma a los 100)⁴³

En Alemania el principal objetivo de este proyecto es implementar un programa de actividad física concreta y eficaz en la población de personas mayores (con más de 80 años). Mediante el fortalecimiento de los músculos y la mejora del equilibrio, el proyecto está encaminado a que los mayores se sientan más seguros, tengan más decisión y más calidad de vida. El proyecto comenzó en 2005 con nueve modelos diferentes cada uno de los cuales se realizaba en distintos emplazamientos (por ejemplo, residencias de personas mayores, asistencia a domicilio, asistencia ambulatoria, centros de mayores, asociaciones de residencias de personas mayores). Todas las instituciones siguieron el mismo concepto que marcó la Universidad del Deporte de Colonia, que contiene ejercicios específicos, que se realizan durante 45 o 60 minutos dos veces a la semana. La evaluación que se realizó demostró que la forma física y mental de las personas mayores mejoró y contrarrestó el proceso de envejecimiento (comprensión de morbilidad) y además, produjo un ahorro financiero muy grande, es decir, se ahorró un coste anual de más de 3.000 euros por cada cinco participantes, que recibieron durante un mes esta asistencia ambulatoria (la diferencia económica entre pacientes ingresados y ambulatorios es de 639 euros por persona y día)

Recuadro 3. Walking the way to Health Initiative (WHI) (Caminando hacia la Iniciativa Sanitaria): Hambleton Stroller Walking for Health

WHI ha posibilitado la creación de más de 350 planes de paseo en todo el Reino Unido. Hambleton Stroller Walking for Health es el plan local del distrito de Hambleton al norte de Yorkshire. Su objetivo es animar a las personas mayores sedentarias y más desfavorecidas a empezar a caminar en paseos guiados de menos de una hora; estos paseos se inician en los emplazamientos más conocidos de las seis ciudades principales del distrito de Hambleton, y están dirigidos por voluntarios locales que han sido formados con este propósito. El proyecto ha estado sometido a evaluaciones exhaustivas, que incluyen una prueba aleatoria controlada, que dio como resultado el aumento de la práctica de paseo en más del 50 % de los participantes y en mejoras importantes de la vitalidad y de los resultados de las funciones físicas. Además, las personas que se unieron a este programa valoraron muy bien el elemento social de participación. Una red basada en aprendizaje apoya estos planes.

3.3. Las medidas contra la exclusión social pueden mantener “involucradas” en la sociedad a las personas mayores y reducir el riesgo de trastorno mental

Al capital social se le ha relacionado con los resultados positivos de salud mental y con un bienestar subjetivo elevado de las personas mayores. Por lo tanto, hay una correlación entre niveles bajos de capital social y mortalidad. En los últimos años las políticas internacionales y estrategias nacionales de salud están reconociendo más y más la importancia de afrontar la exclusión social y la soledad. Varias intervenciones que se han realizado para mejorar el apoyo social a las personas mayores han dado resultados positivos en la salud mental y en el bienestar. Algunos ejemplos de esto son las intervenciones de actividad social y de grupos educativos, que están orientadas a grupos específicos con riesgo de exclusión, entre los cuales pueden citarse las personas que han quedado viudas recientemente y las personas que padecen trastornos mentales (Recuadro 4).

Recuadro 4. Grupo de rehabilitación psicosocial de las personas mayores que padecen soledad

La finalidad de este proyecto finlandés es reducir la soledad de las personas mayores (>74) y mejorar su calidad de vida. El programa se aplicó en toda la nación y afectaba a varios centros de rehabilitación. A las personas mayores que estaban solas se les invitó a unirse a un grupo según sus intereses (por ejemplo: ejercicio, danza, lectura, pintura). A los profesionales de varios establecimientos de asistencia a personas mayores (residencias de personas mayores y centros de rehabilitación) se les formaron para que actuaran como líderes del grupo y se creó una red de educadores (líderes de grupo). Los resultados demostraron una reducción de la soledad entre la población de mayores. El bienestar psicológico y la calidad de vida mejoraron al compararlos con los controles y también al compararlos con la salud subjetiva y con la capacidad cognitiva. La ansiedad y la depresión se redujeron también, así como la utilización de los servicios de asistencia sanitaria; los gastos sanitarios disminuyeron también de forma significativa. El grupo siguió reuniéndose después de la intervención directa, demostrando que la iniciativa puede mantenerse, hasta cierto punto por sí misma,

3.4. Las viviendas y los entornos externos son factores clave para tener un estilo de vida activo

Tanto los entornos externos como los internos afectan a las posibilidades que tiene una persona mayor para mantenerse activa, para participar en la vida social, y realizar una aportación a la sociedad, así como tienen también un efecto directo en su calidad de vida. El diseño de las ciudades, calles y casas puede ser muy importante a la hora de que una persona mayor pueda disfrutar de su tiempo de forma segura y para que pueda participar en la vida social de su comunidad (Recuadro 5). La importancia de la casa y del vecindario es todavía más importante para las personas que su movilidad física está limitada, y cuyas actividades diarias se ven reducidas al entorno del hogar.

Recuadro 5. Plan Sure Start para personas de la tercera edad: “Link-Age Plus”

El Ministerio de Trabajo y Pensiones del Reino Unido está pilotando el Sure Start para las personas mayores, y es conocido como “Link-Age Plus”; este plan se inició en la primavera de 2006.

Los programas Link-Age Plus” están diseñados para ser el punto de acceso a los servicios que necesitan las personas mayores, que incluye aspectos tales como la vivienda, la asistencia sanitaria y social, el transporte y las oportunidades de voluntariado. Se han creado ocho planes piloto en los que participan el gobierno nacional, la administración local y otras organizaciones colaboradoras con la finalidad de proporcionar servicios orientados a las necesidades locales.

Aunque en Europa la situación del equipamiento general de vivienda es bueno, los recursos que se aplican para sobrellevar la discapacidad física sigue siendo deficiente, especialmente en los Estados miembros del sur de Europa ⁴⁵. Se ha demostrado que las actuaciones para mejorar las condiciones de las viviendas, entre las que se citan: adaptación de la vivienda a las prioridades que establece la salud, recuperación social, y la renovación de la misma, mejoran la salud, y sobre todo la salud mental. Estas actuaciones tienen que realizarse tomando ciertas precauciones, para evitar los efectos adversos que pudiera tener para la salud de las personas, como el estrés que podría producirles el aumento del alquiler de la vivienda.

Las personas mayores, especialmente los discapacitados, tienen también mucha necesidad de zonas de recreo y de recuperación que estén cercanas a su domicilio. Por otro lado, hay muchas medidas medioambientales “age-friendly” (a favor de los mayores) entre las cuales se pueden citar: iluminación de las calles para pasear con seguridad, zonas verdes cercanas, eliminación de barreras arquitectónicas en los centros de recreo, servicios de transporte público que funcionen correctamente y sillas de ruedas gratuitas para los que las necesiten (Recuadro 6). Estas medidas deben tomarse para facilitar a las personas mayores discapacitadas a que participen de manera total en la vida de la sociedad.

Recuadro 6. Ejemplo sueco de entorno vital en el marco de la política de salud pública

Ejemplo de la nueva política sueca de salud pública, que resalta la importancia de la accesibilidad a las zonas verdes y de la vida al aire libre, como factores determinantes de la buena salud. ¿Algún enlace?

3.5. El trabajo de las personas mayores contribuye a la mejora de la salud mental y al crecimiento económico

En el ámbito de la UE, los asuntos de la sostenibilidad de las pensiones, el crecimiento económico y el mercado laboral futuro recomiendan políticas de vidas laborales más largas y una jubilación más tardía. Además, esto es necesario si se tiene en cuenta que los sistemas de seguridad social tienen que ser sostenibles a largo plazo. Existen algunas dificultades que son entre otras las siguientes: proporcionar condiciones de trabajo convenientes así como oportunidades de empleo a las personas mayores; capacitación de los trabajadores mayores, especialmente de los trabajadores de los Estados miembros nuevos en los que el desarrollo es más lento en este sector.

Una actuación efectiva que mejore las condiciones de trabajo de los mayores implica políticas de gobierno en ámbitos diferentes, colaboradores sociales y diálogo social, organizaciones y empresas, trabajadores mayores, con una medida doble necesaria: de macronivel (lugares de trabajo) y macronivel (mercado laboral). Las disposiciones de horario de trabajo y de flexibilidad son cruciales, ya que aumentan el bienestar, se debe fomentar también la posibilidad de tener periodos de vacaciones más largos a cambio de una jubilación más tardía.

La Directiva del Consejo de la Unión Europea 2000/78/CE les pide a los países que introduzcan una legislación que condene la discriminación directa e indirecta en términos de actividades de mercado laboral y formación vocacional según la edad. Las políticas nacionales introducidas de forma efectiva en los Estados miembros (Recuadro 7) incluyen aquellas que están dirigidas a las reformas de las pensiones, mientras otras, como “Las Medidas Activas del Mercado Laboral” se han quedado atrás. Estas últimas, están destinadas a la integración de los trabajadores mayores, que incluyen los incentivos económicos a las empresas que contraten trabajadores mayores; es necesario invertir en el trabajo de los mayores, y mejorar las condiciones laborales mediante el horario flexible.

Recuadro 7. Ejemplos de planes integrados de empleo, para personas mayores, realizados por Estados miembros.

- a. Un ejemplo de un plan integrado es el Programa Nacional Finlandés para Trabajadores Mayores (1009-2002), que reúne a varios ministerios y colaboradores sociales en una serie de iniciativas relativas a elevar el conocimiento, apoyar a las empresas, la jubilación flexible, apoyar a los profesionales de la salud, a los trabajadores mayores y a promover reformas jurídicas.
- b. Las medidas políticas del gobierno holandés se alejan de la cultura de la jubilación temprana y tienden a políticas conjuntas de envejecimiento activo, que incluyen opciones como pensiones a tiempo parcial, eliminación de las barreras de descenso de categoría (por ejemplo, de convenios laborales colectivos), incentivos económicos para prolongar las políticas laborales y de recursos humanos.
- c. En el Reino Unido la coordinación fuerte de las políticas incluye medidas políticas para concertar las actuaciones de todos los ministerios, en un esfuerzo unido para “enhebrar” todas las políticas de envejecimiento y el trabajo de los mayores. El recién creado “Extending Working Lives Division” (Departamento Encargado de Prolongar la Vida Laboral) del Ministerio de Trabajo y Pensiones de Inglaterra, coordina la actuación y es responsable del aumento de los índices de empleo, y garantiza mejores oportunidades a las personas de más de 50 años, y las rescata de la jubilación.

Prevención de los trastornos mentales y apoyo a las personas que los padecen

Los trastornos mentales constituyen una gran parte del sufrimiento y de discapacidad evitable en el grupo de las personas mayores y fomentan la prognosis de otras enfermedades. Se ha demostrado que la prevención de las enfermedades mentales es efectiva en la senectud y que se pueden reducir los síntomas, la incidencia y la carga. Además, hay varias estrategias de organización del apoyo y la atención que pueden mejorar la calidad de vida de los afectados y minimizar las consecuencias adversas sociales y personas de la enfermedad mental.

3.6. Prevención de la ansiedad y de la depresión

La prevención de la depresión en las personas mayores sigue siendo de gran importancia, incluso cuando los pacientes reciben una asistencia óptima, sólo el 34 % del peso de la enfermedad en términos de años vividos con discapacidad puedan evitarse. La prevención de la depresión en este grupo de edad exige un esfuerzo especial para dirigir los factores específicos de riesgo, que están dirigidos a la exclusión social e incluyen medidas dirigidas a minimizar la discapacidad relacionada con la enfermedad física. Las intervenciones preventivas como la terapia individual para las personas en duelo, y las intervenciones que utilizan técnicas cognitivas de comportamiento son rentables y contribuyen a que decrezcan los síntomas.

Además, hay una prueba factual clara de la efectividad de los diferentes tipos de intervenciones psicológicas para la mejora del bienestar subjetivo de las personas mayores, que incluye la formación cognitiva, la educación psicológica, la relajación y las intervenciones de apoyo. Se ha demostrado también que esta mejoría se mantiene en el tiempo, es independiente de la edad y es más pronunciada cuando se aplica individualmente que cuando se aplica en grupo. Estas medidas se han debatido mucho en el documento de consenso: Prevención de la Depresión y el Suicidio⁴⁷.

3.7. Prevención del suicidio

Se ha demostrado que la utilización de programas que tienen muchos componentes, enfocados a los diferentes factores de riesgo, es efectiva. La depresión es, con mucho, la enfermedad que provoca más suicidios en la población de mayores. La población estimada a la cual se le puede atribuir este riesgo es del 74 %, lo cual significa que el 74 % de los suicidios de personas mayores pueden evitarse, si este tipo de trastornos fuera eliminado de la población. Las medidas efectivas para reducir la prevalencia de la depresión en las personas mayores son: mejorar los conocimientos de los profesionales sanitarios para detectar y tratar la depresión en este grupo de edad, la reducción del estigma y de los obstáculos para acceder a la asistencia, y tomar medidas preventivas adicionales individuales y de ámbito colectivo con el objeto de reducir el número de casos nuevos de depresión (ejemplos en el recuadro 8)

Además, para prevenir y tratar la depresión, hay otras medidas eficaces que previenen el suicidio como son: la restricción del acceso a medios para realizarlo (por ejemplo: venenos, gas), los impuestos y el acceso limitado al alcohol, y el aumento de la cultura de salud mental. De forma similar, en cuanto a riesgo de población atribuible, debido a bajo contacto social, alcanza el 27 %; se ha descubierto que las medidas, como las líneas telefónicas, destinadas a mejorar la integración y el apoyo social y a reducir la soledad, son muy útiles para reducir el riesgo de suicidio consumado en este grupo de edad⁹,

Estas medidas se han debatido con más profundidad en el documento de consenso: Prevención de la Depresión y el Suicidio”.

Recuadro 8. Programa nacional para la prevención del suicidio en Alemania

Dentro del ámbito del programa nacional para la prevención del suicidio en Alemania, que cuenta con la colaboración del Ministerio Nacional para Asuntos de la Familia. Ciudadanos Mayores, Mujeres y Juventud, ha creado una guía de asesoramiento titulado “*Wenn das alter zur Last wird*” (Cuando hacerse mayor es una carga), con la intención de reducir el suicidio de las personas mayores.

3.8. Prevención de la demencia

Aunque sólo un porcentaje pequeño de los casos de demencia se pueden tratar adecuadamente, o son reversibles después de su aparición clínica, se sabe con más certeza la importancia de algunos factores de riesgo que previenen la enfermedad. Hay pruebas factuales epidemiológicas que indican que apuntar a los factores comunes de riesgo cardiovascular, tales como la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaco y la diabetes mellitus, especialmente en la mediana edad, puede reducir el riesgo de la demencia senil. Es conveniente señalar que unos niveles satisfactorios de actividad física y social pueden ayudar a minimizar el riesgo del declive cognitivo, aunque hay otras medidas eficaces entre las que se citan: la reducción del consumo del alcohol y la prevención de los traumatismos craneoencefálicos; estas medidas se toman a través de estrategias como las que están destinadas a reducir los accidentes de tráfico^{49,50,51}.

El diagnóstico precoz puede tener un papel muy importante para retrasar el comienzo de la demencia grave, puesto que puede facilitar el acceso rápido a un tratamiento y a la asistencia adecuada, a prevenir las crisis y a permitir que las familias se adapten a la enfermedad y a su impacto. Hay que mejorar la formación de los profesionales sanitarios y la asistencia social para la detección precoz. Además, hay que mejorar el conocimiento y la conciencia general de la población acerca de los

primeros síntomas y reducir el estigma y el miedo asociado con la enfermedad de Alzheimer. Los medios de comunicación tienen un papel importante que jugar en la familiarización del público con la enfermedad, y la presencia de las sociedades de apoyo a la demencia puede ser muy importante a la hora de reducir el estigma de esta enfermedad ^{12,13}.

3.9. Prevención del abuso de las personas mayores

El abuso de las personas mayores es un fenómeno complejo que está asociado con múltiples factores de riesgo, y la mejor forma de tratarlo es enfocarlo desde diferentes puntos de vista y de manera exhaustiva ⁵². La educación de los clínicos y de otros profesionales pertinentes, enfocada en conocer lo que es el abuso de las personas mayores, ayuda a conocer este fenómeno y, por lo tanto a prevenirlo ^{53,54}. Las intervenciones dirigidas a personas que tienen riesgo de abusar, como las que apoyan a los cuidadores (Por ejemplo: manejo de estrés, asistencia temporal o disposición de políticas efectivas de ayuda. Recuadro 9) son útiles para reducir la carga de los cuidadores y pueden prevenir el abuso cuando están sobrecargadas y estresadas. Educar a las víctimas potenciales, podría animarlas a informar de su maltrato desde el comienzo del mismo, lo cual serviría de función preventiva. Esta educación podría llevarse a cabo mediante la utilización de campañas públicas de concienciación, ya que se avergüenzan a menudo de reconocer que tienen problemas familiares, y no saben que hay servicios que les pueden ayudar.

Recuadro 9. Método Abierto y Coordinación

El problema de cómo proporcionar un acceso de calidad, una asistencia sanitaria sostenible y una asistencia de larga duración, ha sido el objetivo del trabajo que se ha realizado en el ámbito europeo, según el Método Abierto de Coordinación en Protección Social e Inclusión Social, que contempla a las personas mayores dependientes como un sector prioritario y proporciona a los Estados miembros una plataforma para el intercambio de políticas, debate y puestas en común de conocimientos, en la forma más adecuada de cara a prevenir la exclusión social, proporcionar apoyo a los cuidadores y, lo que es más importante, facilitar una asistencia sanitaria accesible, de larga duración, de calidad y sostenible.

3.10. Mejorar la salud física y tratar las enfermedades crónicas pueden prevenir los trastornos mentales

Se ha descubierto que varias medidas preventivas y de promoción de la salud destinadas a retrasar el comienzo de la enfermedad física o a reducir sus posibles efectos adversos, son útiles para mejorar la salud mental y el bienestar de las personas mayores.

Las intervenciones genéricas de promoción de la salud, que incluyen las sesiones educativas, demuestran un efecto positivo en la salud mental. Se sabe que las personas mayores tienen una cultura sanitaria más deficiente y que este hecho está asociado con una salud física y mental más baja, puesto que afecta a la capacidad de cuidar la salud crónica y es un factor de pronóstico sanitario (incluso de más importancia que la edad, la renta, el estatus laboral y el nivel de estudios). Los programas enfocados a la “cultura sanitaria” han tenido como resultado cambios en el comportamiento sanitario, como es la mejora de los hábitos de alimentación y el aumento del ejercicio físico. (Recuadros 10 y 11),

Recuadro 10. Ageing Well (Envejecer Bien) ⁵⁶

Ageing Well es una iniciativa de promoción de la salud que se desarrolla en toda Inglaterra y Gales, que ayuda a las personas mayores a mantener su salud y a promover estilos de vida saludables en

este grupo de edad. El programa hace una llamada a un voluntariado con más de 50 años y los forma para que sean Senior Health Mentors (Docentes Sanitarios de Mayores). Entonces, los voluntarios se ponen en contacto con personas excluidas y con grupos sociales, y les proporcionan contactos vitales con los servicios sanitarios y les dan también la oportunidad de acceder a lugares donde se relacionan. Los voluntarios actúan como modelos positivos de “personas cotidianas”, lo cual contribuye a que la percepción normal de que la salud está relacionada solamente con los servicios médicos se vea atenuada. El programa está centrado en proporcionar asesoramiento sobre determinados asuntos, como son: dieta, nutrición, ejercicio físico, prevención de caídas y servicios en el contexto de una salud positiva y holística. El proyecto se realiza en colaboración con los profesionales sanitarios, que dirigen los programas locales de mejora de la salud, con el National Service Framework (Marco Nacional de Servicio) y con otros centros de interés. Se descubrió que las personas que acudieron en busca de ayuda, y en un aspecto menor los voluntarios y los coordinadores, mejoraron su estado de salud y también mejoraron su estado físico, social y emocional, como consecuencia de su participación en las actividades de *Ageing Well*.

Recuadro 11. Programas de formación cognitiva y aptitud física para personas mayores

El objetivo principal de este proyecto de la República Checa es mejorar las funciones cognitivas y físicas de las personas mayores que son clientes del Centro Municipal de Servicios Sociales y Domiciliarios de la ciudad de Sokolov. En una serie de encuentros periódicos de grupos pequeños, se organiza el aprendizaje de las funciones cognitivas que se realiza en un formato de juego, como adivinanzas, rompecabezas, técnicas de relajación, terapia musical y terapia a través del arte. Junto con estas terapias se programan también las lecciones de acondicionamiento físico. En este proyecto se utilizan métodos de la función cognitiva, de mejora del acondicionamiento físico y del movimiento físico, que están basados en demostraciones factuales. Una evaluación posterior calcula las funciones cognitivas y los cambios en el estado físico y en la movilidad, utilizando pruebas de movimiento físico y exámenes médicos que valoran el estado general de salud. Los resultados demostraron una mejora del estado general de salud mental y de la capacidad de comunicación de los participantes, así como una mejora de su enfoque hacia su salud personal y hacia su estado físico.

Otro ejemplo de interés de promoción de la salud y de servicios de asistencia preventiva a las personas mayores es el que se realiza a través de visitas a domicilio periódicas. Varios países, entre los que se encuentran Dinamarca y Australia, han creado leyes que autorizan a personas mayores de una cierta edad a las visitas periódicas a domicilio. Si se examina la eficacia de los programas de visitas domiciliarias se aprecia que son eficaces, puesto que se reducen los ingresos prolongados en residencias institucionales de personas mayores, y muestran un efecto moderado en la reducción de la mortalidad. Además, se ha descubierto que las visitas domiciliarias, que realizan una valoración geriátrica multidimensional y un seguimiento, reducen el decaimiento funcional de aquellas personas mayores que presentan una mortalidad baja. Estos programas son rentables, ya que su coste es bajo si se compara con la asistencia que se presta durante los ingresos prolongados en instituciones.

3.11. Servicios integrados de ayuda a las personas mayores que padecen trastornos mentales

Las personas mayores con problemas de salud mental necesitan tener acceso a los servicios integrados de salud mental que les garanticen un diagnóstico temprano y efectivo, tratamiento y ayuda, para ellos y para sus cuidadores. Un diagnóstico temprano y preciso de los trastornos mentales capacita a los mayores y a sus cuidadores a comprender lo que les sucede, a pedir la ayuda adecuada y a satisfacer las necesidades sanitarias. Este grupo de pacientes, especialmente vulnerable, puede ponerse en contacto con muchos servicios de asistencia sanitaria y social. Proporcionar una asistencia efectiva a las personas mayores con problemas de salud mental exige un modelo integrado de intervenciones específicas de cobertura asistencial para todos los trastornos, y una gran variedad de lugares de provisión de servicios, que incluyen el escenario social, los hospitales y las unidades de asistencia prolongada⁵⁷.

En términos de provisión de servicios de salud mental a las personas mayores, está claramente demostrado que el desarrollo de equipos social multidisciplinares es el componente principal de la provisión de dichos servicios. Otras formas de provisión de servicios que están también bien demostradas por pruebas factuales son las colaboraciones de la asistencia primaria y especializada en tratamientos contra la depresión en la última fase de la vida; servicios de alcance a establecimientos residenciales de asistencia y servicios integrados de salud mental una vez que el paciente ha sido dado de alta ²³.

La colaboración y los sistemas efectivos de comunicación entre todos los que participan en esta labor (asistencia primaria, hospital de agudos, servicios sociales, ministerios, ONG, pacientes y cuidadores) es un componente importante de la provisión de servicios de alta calidad. Para que las personas mayores con problemas de salud mental tengan una vida segura en la familiaridad de sus propios hogares es necesario ayudarlas, por lo que hay que hacer hincapié en facilitar la independencia de los mayores con problemas de salud mental y darles ayuda, a ellos y a sus cuidadores, en el entorno social siempre y cuando sea posible y factible. (Recuadros 12 y 13).

Recuadro 12. Enfermería psiquiátrica social y promoción de la salud de las personas mayores

Este proyecto sueco tiene como objetivo establecer una asociación entre los proveedores del servicio y los grupos interesados en el mismo (personal de enfermería de atención primaria, médicos de familia, y otro personal de asistencia psiquiátrica ambulatoria, personal de asistencia municipal a personas mayores y organizaciones de voluntariado) para mejorar la dispensación de la asistencia a las personas mayores con problemas psiquiátricos, y para mejorar el procedimiento asistencial y el tratamiento a las personas mayores y a sus cuidadores.

Las visitas a domicilio son la base de este trabajo, que también comprende reuniones de grupo para la promoción de la salud con un enfoque cognitivo, la educación de los participantes, la información periódica estructurada a los pacientes y a sus familiares, el asesoramiento y la orientación. El personal de enfermería que está involucrado en este proyecto proporciona un servicio que favorece la promoción de la salud, el análisis y los tratamientos de enfermería psiquiátrica. El trabajo lo realiza un médico de familia, un psiquiatra geriátrico y el personal municipal de asistencia que atiende a las personas mayores.

El proyecto tiene como resultado la disminución de la necesidad de asistencia, la mayor relación social, el aumento del bienestar, del nivel de actividad, del conocimiento y de la capacidad de manejar los problemas propios. La accesibilidad del personal de enfermería aumenta el sentido de seguridad y de recibir ayuda. El proyecto proporciona personal municipal que tiene una estructura que deja un espacio para la reflexión y para el debate, y que resultó muy efectivo cuando se alteró el tratamiento de las personas mayores que tenían dificultades mentales. Una buena orientación y el apoyo de los colegas contribuyeron a que el riesgo de “quemarse” fuera menor.

Recuadro 13. Colaboración con Older People Projects (POPP)⁵⁸ (Proyectos para Personas mayores)

La asociación con POPP es una iniciativa dirigida por el Ministerio de Sanidad del Reino Unido destinada a mejorar la salud, el bienestar y la independencia de las personas mayores. El objetivo estratégico del proyecto es analizar y valorar enfoques innovadores (mediante planes piloto establecidos para el periodo 2006-2008), que realizan un trabajo de prevención, con el objeto de mejorar los resultados con las personas mayores. Las asociaciones de asesoramiento se financian para levantar proyectos pilotos innovadores que giran en torno a los siguientes asuntos: intervenciones oportunas y precoces, bajo nivel de ayuda, capacitación e implicación, cambio cultural y trabajo conjunto. El programa se consta de más de 25 planes piloto, que tienen diferentes enfoques. La primera tanda empezó el mayo de 2006, y la segunda en mayo de 2007. Los planes de colaboración se hacen aumentando los ya existentes, o bien creando otros que son completamente nuevos.

Ayuda a las personas mayores con trastornos mentales

Dentro de la iniciativa POPP, los planes de Bradford, Camden, Leeds y Luton están dirigidos a mejorar los servicios, y en concreto están cambiando la idea de que el centro de asistencia a las personas mayores son las instituciones. Leeds, Bradford y Luton tienen el servicio más remodelado “*whole system*” (servicio integral), mientras Camden tiene sólo algunas innovaciones. Estos enfoques multidimensionales de ayuda a las personas mayores con trastornos mentales incluyen los siguientes servicios:

- **Identificación precoz y ayuda:** En varios proyectos se considera este factor como una prioridad que cuenta con servicios de memoria como un servicio de respuesta común. Los Cafés Demencia se consideran también un elemento que juega un papel importante en la ayuda a las personas que acaban de recibir un diagnóstico y que están en los primeros estadios de la demencia. Hay otras formas más innovadoras de ayuda, una de ellas es la de reclutar a otras personas mayores que han experimentado, directa o indirectamente, problemas de salud mental y que actúen como voluntarios de apoyo a sus coetáneos, y otro medio es a través de “El Café de Salud Mental Virtual”
- **Servicios de médicos especialistas:** Para dirigir las necesidades de las personas mayores con problemas de salud mental, el programa incorpora el fomento de asistencia especialista domiciliaria, los servicios de día y la mejora de los servicios asistenciales intermedios.
- **Prestación de ayuda cuando se recibe el alta hospitalaria:** Incluye apoyo personal después de abandonar el hospital, puesto que la población de mayores tiene una necesidad mayor de apoyo de los especialistas cuando reciben el alta hospitalaria.
- **Tecnología asistencial:** Comprende el quipo y los servicios (servicios de respuesta), que asisten a las personas mayores para puedan realizar su vida diaria, sus costumbres y vencer sus dificultades funcionales. Estos equipos están formados para que las personas mayores puedan afrontar las discapacidades y las dificultades (visuales y auditivas).
- **Formación:** Tiene tres dimensiones, la tercera es para el personal especialista; la formación es necesaria para que todo el personal mejore sus conocimientos y su competencia en cuanto a las necesidades de las personas mayores que tienen problemas de salud mental.

Intervenciones en los cuidadores

Hay varias intervenciones que son efectivas para aliviar la carga y la depresión de los cuidadores, y que aumentan su bienestar subjetivo, su capacitación y sus conocimientos. Esta demostrado que la forma mejor de mejorar el bienestar de los cuidadores, es darles educación psiquiátrica (programas estructurados orientados a proporcionar información sobre el receptor de la asistencia sanitaria, los recursos disponibles, y la formación para que puedan responder con eficacia a los problemas relacionados con la enfermedad), psicoterapia, y una combinación de estas intervenciones⁶⁰. Otras medidas son las **intervenciones geriátricas de día**, los programas de apoyo, (Recuadro 14), la

provisión de productos sanitarios (audífonos y sistemas de alarma electrónica), la seguridad de los ingresos, (cobertura de seguridad social y pensiones), las ayudas para la adaptación de viviendas y la cobertura de los gastos asistenciales.

Las dificultades de este punto afectan al reconocimiento, tanto social como financiero, del papel de los cuidadores, y del valor económico que tienen los cuidadores que no son profesionales, y son un componente primordial de las medidas que aumentan el bienestar. Es importante también tener en cuenta las disposiciones que deben realizarse para que los cuidadores puedan volver a su vida laboral activa. Dichas medidas mejorarán, de forma significativa, la salud mental de dichos cuidadores y preservarán su bienestar cuando regresen a su vida laboral activa y a su vida social.

Recuadro 14. Fomento de la amistad de los cuidadores

El objetivo de este proyecto es proporcionar un plan que fomente la amistad en el ámbito de la ciudad de York, en el Reino Unido, entre las personas que atienden a pacientes de la enfermedad de Alzheimer y de otras formas de demencia. Dicho programa incluye el reclutamiento y la citación de voluntarios, con el objeto de que se comprometan a terminar la formación y el desarrollo de los procedimientos de seguimiento. La relación de los cuidadores no sólo proporciona apoyo social y amistad, sino también información y asesoramiento, que garantiza que la persona que padece la demencia está atendida debidamente y que permanecerá en su hogar mientras sea posible. El proyecto utiliza métodos como la información y el asesoramiento, la capacidad de escucha, de apoyo y orientación, de diarios de asistencia, de técnicas de relajación, de manejo de los estados de ira, así como métodos para crear lazos de amistad utilizando el teléfono. Los resultados del proyecto incluyen el crecimiento de las redes de apoyo social, el aumento de las derivaciones como consecuencia de una información y un asesoramiento mejor, y la reducción de los niveles de depresión, de ansiedad y de exclusión de los cuidadores.

3.12. Mejorar los conocimientos básicos

Indicadores de Salud Mental

Hay una necesidad apremiante de indicadores transculturales europeos de salud mental de las personas mayores, que puedan ser comparados en todo el ámbito de la UE. Aunque hay un crecimiento general del interés de incluir los aspectos positivos de la salud mental y de los indicadores de la enfermedad, no hay ningún instrumento estadístico en el ámbito de la Comunidad Europea para hacer un seguimiento de la salud mental y de sus determinantes globales para este grupo de edad. Dicha evaluación, que incluye los indicadores de salud mental positiva de las personas mayores, los de la prevalencia de los trastornos mentales (en la actualidad se hace un seguimiento no sistemático de ámbito nacional, que utiliza medios y metodología diferentes), los determinantes medioambientales del envejecimiento saludable, los recursos de información, como son el gasto *per cápita* en la salud mental de las personas mayores, la dispensación de servicios y la calidad de los mismos, haría un retrato completo de la situación de este segmento de población, que ayudaría a realizar unas políticas informadas y a la toma de decisiones. Unos indicadores correctos servirían para evaluar los aspectos relevantes de la salud mental y del bienestar de las personas mayores, y también sería conveniente que tuvieran en cuenta los diferentes géneros, orígenes lingüísticos y culturales, sus opiniones y sus puntos de vista.

Evaluación y estudio de la relación entre coste y eficacia

Hay que crear una base sólida de conocimientos que mejoren la salud mental de las personas mayores, y seguir desarrollándola. Está demostrado que los programas, las políticas y la legislación que afecta a la salud mental de las personas mayores es eficaz, y todos los Estados miembros reconocen la importancia de este hecho, pero su desarrollo, en el área específica de la salud mental de las personas mayores, ha sido escaso hasta este momento. Los métodos de evaluación tienen que tener en cuenta

varios factores y utilizar enfoques cualitativos y cuantitativos que reconozcan las dificultades, y que realicen un avance en sentido tradicional. Un área que se necesita mejorar, de forma específica, es el aspecto de la evaluación de la relación entre gasto y efectividad de las intervenciones; puesto que dicha información aportaría argumentos adicionales de peso para las inversiones en dicho campo.

Se considera que una forma eficaz de avanzar, por ejemplo en el área de promoción de la salud, es la incorporación de modelos básicos de evaluación de la planificación y de un presupuesto para la implementación de la actuación. Ha sido muy discutido que todos los sectores puedan evaluar el impacto de la salud mental, de sus políticas y de sus programas, y reconocer el beneficio que puede derivarse de la promoción de la salud mental.

Varios países europeos tienen políticas nacionales oficiales que dan apoyo a los programas de investigación, que incluyen la prevención y la promoción, y son los de implementación con evaluación que se realizan en los Países Bajos y, recientemente, en Lituania (Recuadro 15).

Recuadro 15. Evaluación de la investigación

En los Países Bajos se ha dispuesto una política nacional que prioriza la implementación de programas basados en pruebas factuales, y que favorece el crecimiento nacional de una base de conocimientos y estimula a los que implementan el programa para que incluyan el aspecto de la evaluación en la planificación del presupuesto y en los programas regulares, y fomentan también la aplicación de programas basados en pruebas factuales. Esto está relacionado también con las iniciativas de difusión de la información de los programas, que han demostrado ser eficaces, como es el caso de las bases de datos que se describen a continuación (Recuadro 16)

Difusión

Está demostrado que la difusión de la información en toda Europa y dentro del ámbito de los Estados miembros es de suma importancia. A menudo, las decisiones prácticas se toman sin reflexionar, sin comprobar, o sin una demostración fundamentada; muchas veces sucede esto como consecuencia de la falta de acceso a la información, y otras veces, por la forma en la que se presenta, o porque no se sabe dónde encontrar los datos que hacen falta para tomar decisiones. La creación de plataformas especializadas de difusión, de organizaciones y de bases de datos en el ámbito europeo y nacional, podrían garantizar la difusión eficaz de los conocimientos disponibles y facilitar la aplicación práctica a todos los interesados (Recuadro 16 de bases de datos generales, Recuadro 17 de bases de datos específicos de población de personas mayores). Sería muy útil que un Instituto Europeo para el Envejecimiento o el Observatorio de Salud Mental actuaran como oficina central, que coordinara y difundiera todos los descubrimientos de la investigación.

Recuadro 16. Difusión de las bases de datos

La base de datos Qui es un registro de programas de promoción de la salud, que contiene los programas de promoción de la salud mental que se están realizando y aplicando en los Países Bajos, y contiene información de todos los programas (objetivos, grupo al que va dirigido, metodología y recursos económicos) y, cuando están disponibles, contiene también los resultados. Las personas que tienen a su cargo los programas pueden informar de si el programa está siendo desarrollado siguiendo la literatura pertinente, qué clase de investigación evaluadora se está aplicando y sus resultados⁶¹.

En el ámbito europeo, hay varios proyectos económicos de la Comisión que han contribuido la creación de bases de datos paneuropeas para programas efectivos (DataPrev), políticas (Imhpa), herramientas (PromenPol), indicadores (Mindful), que contienen información sobre las personas mayores. El próximo paso es que los usuarios conozcan mejor estas herramientas de ayuda, y sepan el servicio que les pueden aportar.

Recuadro 17. Base de datos HelathproElderly⁶²

La base de datos *on-line* financiada por la Comisión, recoge una selección de intervenciones en el área de promoción de la salud de las personas mayores. La base de datos ha recogido información de 167 proyectos provenientes de 11 países europeos.

Los problemas de actualización y mantenimiento de las bases de datos y la difusión de canales están siendo resueltos mediante la creación de organismos nacionales y comunitarios (PHEA), que tienen la misión de garantizar la continuidad y la singularidad de los proyectos que están creados con el propósito de transmitir la información.

La traducción de los descubrimientos de la investigación a un idioma y al canal de difusión al que accederán los médicos (médicos de familia, trabajadores sociales y los que hacen las políticas) está todavía poco avanzada. Los mecanismos europeos y nacionales, que garantizan que las pruebas factuales derivadas de la investigación, están preparados para la práctica cotidiana, a través de equipos de herramientas, directrices y de la formación adecuada, y son necesarios para aumentar la eficacia de las práctica actual⁶³.

Algunos Estados miembros han creado instrumentos que son muy útiles, como son los boletines informativos, las alertas y las recomendaciones de calidad, aunque todavía, además de estos esfuerzos, es necesario prestar atención a las infraestructuras.

Capacidad de construcción y formación

La educación y la formación preparan a los profesionales pertinentes para actuar como habilitadores, mediadores y para trabajar en beneficio de los pacientes de salud mental en todos los sectores. Sólo el 18 % de los países de la Región Europea de la OMS consideran que la psiquiatría de las personas mayores es una subespecialidad médica distinta, y hay algunos países que ni si quiera tienen profesorado de esta materia⁶⁴. La creación de más puestos docentes relacionados con la salud mental de las personas mayores, en los países que eran deficitarios, podría ayudar a que la salud mental de las personas mayores cobrara más importancia, y se creara un procedimiento dirigido a los trabajadores sanitarios no especialistas, como es el caso de los trabajadores sociales, para que proporcionaran un apoyo mental de calidad. Esta deficiencia que existe en la formación especializada puede afectar, de manera adversa, a la creación de servicios globales, puesto que está demostrado que la presencia de psiquiatras de mayores con formación académica mejora el funcionamiento del servicio y de la formación⁶⁵.

Además de la falta de profesionales especializados en salud mental de personas mayores, las dificultades fundamentales adicionales de este campo son: la escasa capacitación de los trabajadores sanitarios no especialistas, como es el caso de los trabajadores sociales cuando tratan de mejorar la calidad del apoyo a la salud mental, o manejar el estigma y la exclusión asociadas con los trastornos mentales. Una actuación que integre a los expertos en salud mental y a otros expertos en el bienestar y la salud de las personas mayores hizo que estos obstáculos pudieran vencerse.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹For the purpose of this paper, and based on several Commission documents, old age or older people refer to those 65+ years of age unless otherwise stated. Those of 80+ are referred as the very old. It is noted however that such cut off points are arbitrary.
- ² EC. "The demographic future of Europe - from challenge to opportunity" Commission Communication. 2006. See: http://ec.europa.eu/employment_social/news/2006/oct/demography_en.pdf
- ³ EC. "Europe's demographic future: facts and figures" Commission Staff working Document. 2007. See: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/sec_2007_638_en.pdf
- ⁴ EC. "Confronting demographic change: a new solidarity between the generations" Green Paper. 2005
- ⁵ EurLife Database. EUROFOUND. See: <http://www.eurofound.europa.eu/areas/qualityoflife/eurlife/index.php>
- ⁶ AT Beekman, JR Copeland and MJ Prince. Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry* 174: 307-311 (1999)
- ⁷ EC "The State of Mental Health in the European Union". 2004
- ⁸ Mann A. H., Graham N., Ashby D. (1984) Psychiatric illness in residential homes for the elderly: a survey in one London borough, *Age and Ageing*, 13: p 157- 265
- ⁹ Department of Health, UK. National Service Framework for Older People. 2001. See: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066
- ¹⁰ A.Thomas and T.O'Brien. Mood disorders in the elderly. *Psychiatry*. 2006. Vol 5 (4): 127-130.
- ¹¹ Murphy E. Social origins of depression in old age. *Br. J. Psychiatry* 1982; 141:135-42.
- ¹² Bair MJ, Robinson RL, Katon W et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003 Nov 10;163(20):2433-45
- ¹³ Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, et al. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord*. 2006 Jun;92(2-3):185-93. Epub 2006 Mar 6.
- ¹⁴ International Longevity Centre-UK and The Merck Company Foundation. *The State of ageing and health in the EU*. 2006.
- ¹⁵ Alzheimer Europe. *Dementia in Europe, Yearbook 2006.*
- ¹⁶ EURODEM, the European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia Group. 2004.
- ¹⁷ Rimmer E, Wojciechowska M, Stave C, Sganga A, O'Connell B. 2005 (b). Implications of the Facing Dementia Survey for the general population, patients and caregivers across Europe. *Int J Clin Pract Suppl*. 2005 Mar;(146):17-24
- ¹⁸ Wilkinson D. Is there a double standard when it comes to dementia care? *Int J Clin Pract Suppl* 2005 Mar;(146):3-7. Review
- ¹⁹ Vernooij-Dassen MJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, De Lepeleire J, Leuschner A, Zanetti O, de Rotrou J, Kenny G, Franco M, Peters V, Iliffe S. Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Apr; 20(4):377-86
- ²⁰ Iliffe S, De Lepeleire J, Van Hout H, Kenny G, Lewis A, Vernooij-Dassen M; DIADEM Group. Understanding obstacles to the recognition of and response to dementia in different European countries: a modified focus group approach using multinational, multi-disciplinary expert groups. *Ageing Mental Health*. 2005 Jan;9(1):1-6
- ²¹ O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people— redefining an age old problem in old age. *BMJ*. 2003 Sep 20;327(7416):664-7.
- ²² The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109 (Suppl.420): 21-27.
- ²³ Eurostat Database. See: <http://www.ec.europa.eu/eurostat>
- ²⁴ O'Connell, Ai-Vyrm Chin, Conal Cunningham and Brian A Lawlor Recent developments: Suicide in older people. *BMJ*. 2004;329:895-899.
- ²⁵ Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. *The Gospel Oak Project V. Psychol Med*. 1997 Mar;27(2):311- 21.
- ²⁶ A. Börsch-Supan et al. (Eds.), *Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, available at: <http://www.share-project.org>
- ²⁷ Scottish Executive Social Research. *Community Care And Mental Health Services For Adults With Sensory Impairment In Scotland*. 2006. See: www.scotland.gov.uk/socialresearch.
- ²⁸ MJ. Prince, RH Harwood, RA Blizard, A Thomas, H. Mann. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. *The Gospel Oak Project V. Psychological Medicine*. 1997, 27, 311-321
- ²⁹ CE. Special Eurobarometer: "Mental Wellbeing". 2006. See: http://www.ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf
- ³⁰ EC. "What can the European Union do to protect dignity in old age and prevent elder abuse". Discussion Paper. 2008. See: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/paper_elder_abuse_en.pdf
- ³¹ UK study of abuse and neglect of older people, Prevalence survey report commissioned by Comic Relief and the Department of Health. June 2007. (<http://www.comicrelief.com/elder-abuse>).
- ³² Grundy E, Glaser K. Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Ageing* 2000; 29: 149-57.
- ³³ Mackenbach J P, Huisman M, Andersen O et al 2004. Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. *Eur J Cancer* 2004; 40: 126-35.
- ³⁴ (SHARE) *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2005*. <http://www.share-project.org/>

- ³⁵ CE. "Towards a Europe for All Ages - Promoting Prosperity and Intergenerational Solidarity" Communication. 1999.
- ³⁶ EC. Joint Report on Social Inclusion and Social Protection. 2007
- ³⁷ Eurofound. Employment in social care in Europe. 2006. See: www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf
- ³⁸ Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Arksey H, Golder S, Adamson J, *et al.* A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *Health Technol Assess* 2007;11(15).
- ³⁹ Wills W, Soliman A. Understanding the needs of the family carers of people with dementia. *Mental Health Review*. 2001;6:25-8.
- ⁴⁰ The social situation in the European Union 2005-2006. Eurostat. 2006.
- ⁴¹ Andlin-Sobocki, Patrik; Jönsson, Bengt; Wittchen, Hans-Ulrich *et al.* Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, Volume 12, Supplement 1, June 2005, pp. 1-27(27)
- ⁴² Alzheimer Europe, Who cares? The state of dementia care in Europe
- ⁴³ <http://www.ff100.de>
- ⁴⁴ <http://www.whi.org.uk>
- ⁴⁵ Borsch-Supan Axel & Al. Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. 2005
- ⁴⁶ Robert A. Schoevers, Filip Smit, Dorly J.H. Deeg *et al.* Prevention of Late-Life Depression in Primary Care: Do We Know Where to Begin? *Am J Psychiatry* 163:1611-1621, September 2006
- ⁴⁷ Prevention of depression and suicide. (2008). EC Consensus Paper.
- ⁴⁸ Prevention of depression and suicide. (2008). EC Consensus Paper.
- ⁴⁹ Rovio S, Kareholt I, Helkala EL, Viitanen M, Winblad B, Tuomilehto J, Soininen H, Nissinen A, Kivipelto M. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol*. 2005 Nov;4(11):705-11.
- ⁵⁰ Alliance for Health and the Future. LifeGuide to Cognitive Vitality. 2005b. Available on: http://www.healthandfuture.org/pdf/Cognitive_life_guide.pdf
- ⁵¹ Anttila T, Helkala EL, Viitanen M, Kareholt I, Fratiglioni L, Winblad B, Soininen H, Tuomilehto J, Nissinen A, Kivipelto M. - Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *BMJ*. 2004 Sep 4;329 (7465):539.
- ⁵² "Prevention of Elder Mistreatment." Pp. 241-254 in L. Doll *et al.*, (Eds.), *Handbook on Injury and Violence Prevention*. Secaucus, NJ: Springer
- ⁵³, Karl, Katrin Mueller-Johnson, Steven Mock, J. Jill Suitor, and Mark S. Lachs. 2006. management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 31, 335-341.
- ⁵⁴ Anetzberger, G.J., Palmisano, B.R., Sanders, M., Bass, D., Dayton, C., Eckert, S., & Schimer, M.R. 2000. Model intervention for elder abuse and dementia. *Gerontologist*, 40 (4), 492-497
- ⁵⁵ Pillemer, K. Elder abuse is caused by the deviance and dependence of abusive caregivers." In D. Loseke, R. Gelles, and M. Cavanaugh (Eds.), (2004). *Current controversies on family violence*, second edition (pp. 207-220). Newbury Park, CA: Sage Publications
- ⁵⁶ <http://www.ageconcern.org.uk/AgeConcern/16AB661C97DA4ED182B5D1C3B510E9E1.asp>
- ⁵⁷ UK study of abuse and neglect of older people, Prevalence survey report commissioned by Comic Relief and the Department of Health. June 2007. See: <http://www.comicrelief.com/elder-abuse>.
- ⁵⁸ <http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Olderpeople/PartnershipsforOlderPeopleProjects/index.htm>
- ⁵⁹ <http://www.changeagentteam.org.uk/index.cfm?pid=625>
- ⁶⁰ Sörensen S, Pinquart M, Habil, Duberstein Paul. How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist*. 2002; 42: 3: 356-372
- ⁶¹ <http://www.quidatabank.nl>
- ⁶² <http://www.healthproelderly.com/>
- ⁶³ Jané-Llopis, Katschnig, McDaid & Wahlbeck (2007). Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. Lisbon: 2007
- ⁶⁴ Camus V, *et al.* Teaching and training in old age psychiatry: a general survey of the World Psychiatric Association member societies. *International journal of geriatric psychiatry*, 2003, 18:694- 699.
- ⁶⁵ Draper B. Training in old age psychiatry. *International journal of geriatric psychiatry*, 2003,18:683- 685.

anexo



**CONFERENCIA DE ALTO NIVEL DE LA UE
“JUNTOS PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR”
BRUSELAS, 12-13 DE JUNIO DE 2008**

**PACTO EUROPEO
PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR**



Slovensko predsedstvo EU 2008
Slovenian Presidency of the EU 2008
La Présidence slovène de l'UE 2008



Pacto Europeo para la Salud Mental y Bienestar

Los participantes en la conferencia “*Juntos para la Salud Mental y el Bienestar*”, Bruselas, 13 de junio 2008, son consciente de la importancia y de la relevancia de la salud de la Unión Europea, de sus Estados miembros, asociaciones y ciudadanos.

I. Reconocemos que:

- La salud mental es un derecho humano, que capacita a los ciudadanos para disfrutar del bienestar, de la calidad de vida y de la salud, y que facilita el aprendizaje, el trabajo y la participación ciudadana.
- El ámbito de la salud mental y del bienestar de la población es una fuente clave de la UE, como modelo de sociedad y economía que está basada en la cultura. Además es un factor primordial para la consecución de los objetivos de la estrategia de Lisboa, sobre crecimiento y trabajo, cohesión social y desarrollo sostenible.
- En el ámbito de la UE están aumentando los trastornos mentales. En la actualidad hay casi 50 millones de ciudadanos (casi el 11% de la población) que los padecen, entre los cuales hay tanto hombres como mujeres, si bien presentan síntomas diferentes. La depresión es en este momento es el problema sanitario más prevalente en muchos de los Estados miembros de la UE.
- El suicidio sigue siendo la mayor causa de muerte. En la UE se producen alrededor de 58.000 suicidios al año de los cuales tres cuartas partes son de hombres. Además, ocho Estados miembros están entre los 15 países del mundo que presentan el índice más alto de suicidios realizados por hombres.
- Los trastornos mentales y el suicidio causan un sufrimiento intenso a las personas, a las familias y a la sociedad, y también es una de las mayores causas de incapacidad. Hay que mencionar también que son una carga para el sistema sanitario, educativo, económico, para el mercado laboral y para el bienestar social de todo el seno de la UE.
- Una acción complementaria y un esfuerzo conjunto de la UE pueden ayudar a que los Estados miembros aborden este problema, mediante el fomento de la salud mental y del bienestar de la población, del fortalecimiento de la actuación preventiva y la autoayuda, proporcionando ayuda a las personas que padecen trastornos mentales y a sus familias, así como promoviendo medidas que los Estados miembros emprenderán a través de los servicios sanitarios, sociales y de atención sanitaria.

II. Acordamos que:

- Es necesario dar un paso político decisivo que haga que la salud mental y el bienestar sean una prioridad clave.
- Es necesario que los responsables políticos y las partes interesadas desarrollen y se impliquen en una actuación de salud mental y de bienestar de la UE, que incluya la salud, la educación, el sector social y el jurídico, los colaboradores sociales, y las organizaciones de la sociedad civil.

- Las personas que han padecido problemas de salud mental tienen una experiencia muy valiosa y es necesario que tengan un papel activo en la planificación y en la puesta en marcha de dicha actuación.
- La salud mental y el bienestar de los ciudadanos y de los grupos sociales, que incluyen a grupos de edades diferentes, grupos de ambos géneros, y grupos con un origen étnico y socioeconómico distinto, tienen que estar organizados teniendo en cuenta y siendo sensibles a la diversidad de la población europea.
- Es necesario mejorar los conocimientos básicos de la salud mental, mediante la recogida de indicadores sobre el estado de la salud mental de la población y encargando trabajos de investigación en el campo de la epidemiología, de las causas, determinantes e implicaciones de la salud mental y la enfermedad, de las posibilidades de intervención y de las mejores prácticas fuera y dentro de los servicios sanitarios y sociales.

III. Llamamiento a actuar en cinco campos prioritarios:

1. Prevención de la depresión y el suicidio

La depresión es una de las enfermedades mentales más frecuentes y más graves, así como un factor de riesgo que induce a la conducta suicida. En el ámbito de la UE cada nueve minutos un ciudadano muere por suicidio, aunque el número de intentos de suicidio se estima que es diez veces superior. Los índices de suicidio en los Estados miembros fluctúan en un rango de 12 puntos.

Para prevenir el suicidio y la depresión, se solicita a los responsables políticos y a las partes implicadas que realicen las actuaciones siguientes:

- Mejorar la formación de los profesionales sanitarios y de los líderes sociales. en el campo de la salud mental,
- Restringir el acceso a posibles métodos de suicidio;
- Tomar medidas que aumenten la conciencia de la población, de los profesionales sanitarios y de otros sectores relevantes, en lo referente a salud mental;
- Tomar medidas que reduzcan los factores de riesgo como son: el exceso de alcohol, el consumo de drogas, la exclusión social, la depresión y el estrés;
- Proporcionar ayuda, como apoyo emocional, a las personas que han tenido un intento de suicidio y a las que están en duelo tras un suicidio.

2. Salud mental de los jóvenes y educación

La base de la salud mental de una persona, están en la infancia. Por ello, el 50 % de las enfermedades mentales aparecen en la adolescencia. Entre el 10 % y el 20 % de los jóvenes pueden presentar problemas de salud mental, con índices más altos en los sectores más deprimidos de la sociedad.

Llamamos a los responsables políticos y a los sectores implicados a actuar de la siguiente forma en el campo de la salud mental de la juventud y en el ámbito educativo:

- Garantizar programas de intervención temprana a lo largo de todo el sistema educativo;
- Proporcionar programas que fomenten las habilidades parentales.

- Promover la formación en salud mental de los profesionales de la salud, de los ámbitos educativos y todos aquellos relacionados con los jóvenes.
- Fomentar la integración del aprendizaje de las habilidades sociales y emocional dentro del marco de las actividades curriculares y extracurriculares, y promover también la integración cultural tanto en la educación primaria como en la secundaria;
- Implantar programas para prevenir el abuso, el acoso, la violencia contra los jóvenes y el riesgo de exclusión social;
- Fomentar la participación de los jóvenes en la educación, la cultura, el deporte y el empleo.

3. La salud mental en el marco laboral

El trabajo es beneficioso para la salud física y mental. La salud mental y el bienestar de los trabajadores son fuente fundamental de la productividad y la innovación de la UE. El ritmo y la naturaleza del trabajo están cambiando, y la presión sobre la salud mental y el bienestar están aumentando. Por lo tanto, se necesita abordar el constante aumento del absentismo y la incapacidad laboral, y utilizar métodos innovadores que mejoren la productividad afectada por el estrés y la enfermedad mental. El ámbito laboral juega un papel primordial en la inclusión social de las personas que padecen problemas de salud mental.

Llamamos a los políticos, a los colaboradores sociales y a todas las partes implicadas a que actúen sobre la salud mental en el ámbito laboral, en los aspectos siguientes:

- Mejorar la organización del trabajo, la cultura organizativa y las prácticas de liderazgo que fomenten la salud mental en el trabajo, y la conciliación de la vida familiar y laboral.
- Poner en marcha programas de valoración y prevención de situaciones de riesgo para la salud mental de los trabajadores (estrés, comportamientos agresivos como la violencia y el acoso en el trabajo, uso de alcohol y drogas), y planes de intervención temprana en los lugares de trabajo;
- Proporcionar medidas que faciliten la selección, la permanencia, la rehabilitación, así como la reincorporación al ámbito laboral, de las personas que padecen problemas o trastornos mentales.

4. Salud mental de los ancianos

La población de la UE está envejeciendo, este fenómeno puede conllevar ciertos factores de riesgo para la salud mental y el bienestar, como pueden ser la pérdida de apoyo familiar y de amigos, y la aparición de enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer y otras formas de demencia. Los índices de suicidio son altos entre los ancianos, por eso fomentar un envejecimiento activo y saludable es uno de los objetivos clave de las políticas de la UE.

Llamamos a los responsables políticos y a las partes interesadas a realizar actuaciones relacionadas con la salud mental de los ancianos, y que incluyen las siguientes medidas:

- Promover la participación activa de los ancianos en la vida social, incluyendo el fomento de la actividad física y de las oportunidades formativas.
- Crear planes de jubilación flexibles que permitan a los ancianos trabajar más años con horario completo o a tiempo parcial;
- Disponer medidas que fomenten la salud mental y el bienestar de las personas mayores que reciben atención sanitaria o social, tanto en el ámbito comunitario, como en el institucional.
- Establecer medidas de apoyo para los cuidadores de las personas mayores.

5. Combatir el estigma y la exclusión social

El estigma y la exclusión social son, a la vez, factores de riesgo y consecuencia de las enfermedades mentales, además de ser el mayor impedimento para la búsqueda de ayuda y la recuperación.

Solicitamos a los responsables políticos y a las partes implicadas que realicen las siguientes acciones para combatir el estigma y la exclusión social:

- Apoyar campañas y actividades que combatan el estigma en los medios de comunicación, en los centros de enseñanza y en los lugares de trabajo, de manera que se promueva la integración de las personas con trastornos mentales;
- Crear servicios de salud mental que estén bien integrados en la sociedad, que den al individuo una importancia capital, y que eviten la estigmatización y la exclusión;
- Promover la inclusión activa en la sociedad de las personas con problemas mentales, mejorando el acceso a un trabajo adecuado, y a oportunidades de formación y educación;
- Implicar a las personas que padecen enfermedades mentales, a sus familias y cuidadores en la elaboración de políticas y en la toma de decisiones.

IV. Presentación Del Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar:

El Pacto reconoce que la principal responsabilidad de la actuación en este campo reside en los Estados miembros. Sin embargo, el Pacto se basa en la capacidad que tiene la UE para informar, promover las mejores prácticas, fomentar la actuación de los Estados Miembros y de sus colaboradores, ayudar a abordar las dificultades comunes y afrontar las desigualdades sanitarias.

El marco de referencia del Pacto es el acervo político de la UE sobre salud mental y bienestar derivado de las iniciativas políticas comunitarias de años anteriores, junto con los compromisos realizados por los Ministros de Sanidad de los Estados miembros de acuerdo a la Declaración de la OMS sobre Salud Mental para Europa de 2005 y en las leyes internacionales, como la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Con el objetivo de que apoyen y promuevan la salud mental y el bienestar, el Pacto ha implicado conjuntamente a las principales instituciones europeas, a los Estados miembros, a los sectores afectados, (que incluyen a las personas en riesgo de exclusión por razones de salud mental,) y a la investigación comunitaria. Por lo tanto se trata de un documento que refleja un compromiso a largo plazo, de intercambio, cooperación y coordinación en estos retos principales.

El Pacto deberá facilitar el seguimiento de las líneas estratégicas y actividades de los Estados miembros y de las partes implicadas. Además, y teniendo en cuenta las mejores prácticas, tendrá que proporcionar recomendaciones para mejorar los aspectos prioritarios.

V. Por lo tanto, solicitamos que:

- Los Estados miembros, junto con los demás actores pertinentes de todos los sectores y de la sociedad civil de la UE y las organizaciones internacionales, se adhieran al Pacto Europeo de Salud Mental y Bienestar y que contribuyan a que se aplique;
- La Comisión Europea y los Estados miembros, junto con las organizaciones internacionales pertinentes y las partes implicadas:
 - establezcan mecanismos para intercambiar información;
 - trabajen juntos para identificar las buenas prácticas y los factores que favorecen la eficacia de una actuación política de colaboración que dirija los aspectos prioritarios del Pacto, y que redacten recomendaciones adecuadas y planes de actuación;
 - comuniquen los resultados de dicho trabajo en un conjunto de reuniones que versen sobre los asuntos prioritarios del Pacto y que se realicen durante los próximos años;
- La Comisión Europea publique una propuesta, en 2009, de Recomendación sobre Salud Mental y Bienestar, para el Consejo;
- La Presidencia informe al Parlamento Europeo y al Consejo de Ministros, así como al Comité Europeo Económico y Social y al Comité de Regiones, de los debates y conclusiones de esta Conferencia.