

Atención integrada a las personas con problemas de salud mental que envejecen en Castilla y León.

Integrated care for people with mental health problems who are ageing in Castile and León.

Martha Yolanda Quezada García

marthaquezada@intersocial.es
Consultora.

Antonio Jiménez Lara

ajimenez@intersocial.es
Consultor.

Ángel Lozano de las Morenas

a.lozano@saludmentalcyl.org
Federación Salud Mental Castilla y León.

Marta Martín Moyano

m.moyano@saludmentalcyl.org
Federación Salud Mental Castilla y León.

Patricia Quintanilla López

p.quintanilla@saludmentalcyl.org
Federación Salud Mental Castilla y León.

Recibido: 04/07/2025

Aceptado: 20/10/2025

Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Número 37 - Noviembre de 2025.

Cómo citar este artículo:

Quezada García, M.Y., Jiménez Lara, A., Lozano de las Morenas, Á., Martín Moyano, M. y Quintanilla López, P. (2025). Atención integrada a las personas con problemas de salud mental que envejecen en Castilla y León. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 37, 102-131.

RESUMEN

Este artículo presenta los principales resultados del estudio “Atención integrada a las personas con problemas de salud mental que envejecen en Castilla y León” realizado por la Federación Salud Mental Castilla y León, gracias a la financiación del VI Programa de Ayudas a la Investigación Socio-sanitaria de la Fundación Caser. El estudio tiene como objetivo conocer la situación de las personas con problemas de salud mental en proceso de envejecimiento en Castilla y León, identificar los perfiles existentes, describir sus características y necesidades, investigar las variables que influyen en el envejecimiento prematuro de las personas con problemas de salud mental y proponer alternativas de respuesta a sus necesidades.

El estudio ha permitido identificar los factores de riesgo y protectores para un envejecimiento saludable de este colectivo, lo que es clave para el diseño de actuaciones ajustadas a las necesidades de las personas con problemas de salud mental y sus familias. Aunque los datos del estudio se refieren a la situación de las personas con problemas de salud mental en Castilla y León, los hallazgos referidos a esta población presentan aspectos que pueden ser transferibles a otros ámbitos territoriales.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental, Envejecimiento, Dependencia, Atención integrada.

ABSTRACT

This article presents the main findings of the study “*Integrated Care for People with Mental Health Problems Who Are Ageing in Castilla y León*”, carried out by the Federación Salud Mental Castilla y León, thanks to funding from the 6th Socio-Healthcare Research Grant Program of the Fundación Caser.

The aim of the study is to understand the situation of people with mental health problems who are in the process of ageing in Castilla y León, identify existing profiles, describe their characteristics and needs, investigate the variables that influence the premature ageing of people with mental health problems, and propose alternative responses to their needs.

The study has made it possible to identify both risk and protective factors for healthy ageing in this population, which is key to designing actions tailored to the needs of people with mental health problems and their families. Although the data refers specifically to the situation in Castilla y León, the findings concerning this population include aspects that may be applicable to other regions.

KEYWORDS

Mental Health, Ageing, Dependency, Integrated Care.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define la salud mental como “*un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales*”.

La OMS también señala que distintos factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales pueden influir en la salud mental a lo largo de la vida. Factores psicológicos y biológicos, como las habilidades emocionales y la genética, pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental. Además, circunstancias desfavorables como la pobreza y la violencia también incrementan esa vulnerabilidad. Los riesgos pueden aparecer en cualquier etapa de la vida, pero los que sobrevienen durante períodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia, son especialmente perjudiciales.

Las personas mayores pueden tener una percepción diferente de lo que constituye una buena salud mental, influenciadas por normas culturales y valores sociales. Esta percepción puede variar respecto a la de las personas más jóvenes, ya que las prioridades, metas y expectativas cambian a lo largo de la vida. Las personas mayores pueden priorizar aspectos de salud mental relacionados con su salud física y su funcionamiento, como el manejo de enfermedades crónicas, el mantenimiento de la movilidad, la función cognitiva, el afrontamiento del dolor o la discapacidad. Además, pueden dar mayor importancia a las relaciones sociales y a las redes de apoyo a medida que envejecen (UNECE, 2024).

El Nagusia Intelligence Center (2024), en su estudio sobre la salud mental de las personas mayores, explica el papel que tienen distintos factores en el desarrollo de problemas de salud mental en la vejez. Agrupa estos factores en tres dimensiones: 1. Factores biológicos (predisposiciones genéticas, cambios hormonales, condiciones de salud física, enfermedades que repercuten); 2. Factores psicológicos (trayectoria vital, pérdida de seres queridos, capacidades físicas e independencia puede desencadenar o agravar la depresión y la ansiedad); 3. Factores sociales (soledad, aislamiento social, cambios vitales como la jubilación, discriminación por edad). Estos tres tipos de factores influyen de manera significativa en los trastornos más comunes durante la vejez, como la demencia senil, el Alzheimer, la ansiedad, la depresión y el estrés. Las adicciones y el suicidio también se consideran trastornos, aunque pueden ser vistos como consecuencias de otros problemas de salud mental. Respecto al suicidio, este informe destaca las altas tasas de suicidio en personas mayores de 85 años y apunta los trastornos

psiquiátricos como uno de los distintos factores que influyen en la conducta suicida de este colectivo.

Diferentes autores señalan la escasa literatura sobre el envejecimiento con una condición de salud mental; se presta mucha más atención a los problemas de salud mental/deterioro cognitivo adquiridos con la edad, especialmente a la demencia (Westwood y Carey, 2018).

En 2019, el Dr. Sánchez Gómez, en el contexto del XXVII Curso Nacional de actualización en Psiquiatría, apuntó algunas consideraciones en relación con el envejecimiento de las personas con problemas de salud mental (Geriatrea, 2019):

- Las personas con enfermedades mentales graves “suelen tener un envejecimiento de peor calidad que el del resto de personas. **La propia enfermedad mental** se asocia a mecanismos moleculares y celulares que producen un envejecimiento desordenado y acelerado”.
- También estas personas suelen tener una serie de **hábitos que aceleran los procesos del envejecimiento**: tabaquismo, sedentarismo, hábitos dietéticos perjudiciales, etc. De ahí la importancia y necesidad de una atención de la salud mental personalizada para detectar posibles problemas.
- Por otro lado, existen “**elementos sociales** que intervienen con la misma fuerza que los anteriores hábitos: el aislamiento social, las dificultades de acceso a los servicios médicos o de prevención de hábitos no saludables, el estigma social que las aparta de la sociedad, del mercado de trabajo, del propio sistema sanitario y otros”.
- Uno de los aspectos “más escandalosos” es la **pérdida de expectativa de vida** de estas personas. En el caso de la esquizofrenia, se estima que van a vivir entre 15 y 20 años menos que el resto de la población.

La esperanza de vida en personas con esquizofrenia está reducida en aproximadamente un 20% en comparación con la población general (Hennekens et al., 2005). Esto se corresponde principalmente con la mayor prevalencia de patologías cardiovasculares, endocrinas, respiratorias e infecciosas, que explican que hasta el 63% de la mortalidad prematura en este colectivo se deba a causas médicas (Brown et al., 2000). Otras causas de una mayor morbilidad son el suicidio, los hábitos tóxicos, el efecto adverso de los psicofármacos, etc. Incluso se ha propuesto un posible síndrome primario de envejecimiento acelerado en la esquizofrenia (Kirkpatrick et al., 2008).

Chan et al. (2022) concluyen, a través de una revisión sistemática de las estimaciones de la esperanza de vida y los años de vida potencial perdidos en personas con trastorno bipolar, que estas personas tienen una esperanza de vida significativamente más corta en comparación con la población general, con una esperanza de vida promedio de 66,88 años, siendo más baja en hombres (64,59 años) que en mujeres (70,51 años). Se observan diferencias al considerar la región: en África la esperanza de vida de este colectivo es más corta (54,12 años) mientras que la expectativa de vida es más alta en Asia y Europa; estas variaciones pueden explicarse por las desigualdades en el acceso a los servicios de atención sanitaria y la calidad de los mismos, además de por los factores relacionados con el estilo de vida. El artículo señala también que el suicidio es la causa predominante de muerte no natural en pacientes con trastorno bipolar, cuyo riesgo de suicidio es de 20 a 30 veces mayor que el de la población general.

Por otra parte, Beunders et al (2023) recopilaron y sintetizaron la literatura existente sobre el trastorno bipolar en personas mayores de 50 años (Older age bipolar disorder, OABD). En su revisión encontraron que este grupo de personas presenta un mayor riesgo de déficits cognitivos, comorbilidades físicas, deterioro del funcionamiento psicosocial y muerte prematura.

Aunque los estudios indican que las personas con enfermedad mental tienen una esperanza de vida inferior a la de la población general, también existe evidencia de que la expectativa ha mejorado en los últimos años. Esto se debe a varios factores, como el avance en los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, que permiten un mejor control de los síntomas y un mayor bienestar. Además, la reducción del estigma social asociado a las enfermedades mentales ha permitido un acceso más fácil a los servicios de salud y a oportunidades sociales. Por otro lado, el aumento de la concienciación sobre la importancia de la salud mental está llevando a las personas con enfermedades mentales a ser más cuidadosas con su salud física y mental (Nagusi Intelligence Center, 2024).

Quezada y Petisco (2019) analizaron la situación de las personas con trastorno mental grave (TMG) mayores de 55 años que recibían apoyos en distintos dispositivos ofrecidos por la Comunidad Autónoma de Extremadura a través de su Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. La muestra estudiada incluyó a 56 personas mayores de 55 años, de las cuales el 57% eran mujeres y el 43% varones, con un promedio de edad de 58 años. La mayoría de estas personas enfrentaban dificultades importantes en áreas como las interacciones personales y el autocuidado. Además, presentaban otras patologías crónicas, como enfermedades endocrinas y cardiovasculares. Un 30% de estas personas tenían al menos otra discapacidad no derivada del trastorno mental grave.

El estudio de Quezada y Petisco evaluó la calidad de vida de las personas incluidas en la muestra utilizando el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida. Las respuestas destacaron

aspectos positivos, como estar contentos con lo que hacen y tener aficiones. Sin embargo, también se encontraron altos niveles de cansancio y sufrimiento debido a enfermedades. Por otro lado, más de la mitad de las mujeres con TMG incluidas en la muestra había sufrido alguna vez abuso o maltrato, mayoritariamente por parte de sus parejas. Se apuntaron como propuestas para la mejora de la atención de este colectivo la profesionalización de la atención psicogeriatrica, la promoción de estilos de envejecimiento saludables y activos, el fomento de la rehabilitación psicosocial y el apoyo comunitario.

En relación con las mujeres con problemas de salud mental, se constata también la escasa literatura respecto a las particularidades que tendría su proceso de envejecimiento. Existen datos que permiten deducir cierto envejecimiento prematuro y peores condiciones de salud que la población sin enfermedad mental: Lindamer et al. (2003) sugieren que las mujeres con esquizofrenia reciben menos servicios ginecológicos y especializados que otras mujeres, lo que las expone, por ejemplo, a un mayor riesgo de un diagnóstico tardío de cáncer de mama (González Rodríguez, 2021).

Por otro lado, la esquizofrenia tiende a aparecer más tarde en las mujeres que en los hombres, y es más común encontrar mujeres que desarrollan la enfermedad después de los 45 años. Las mujeres mayores con esquizofrenia son vulnerables a los problemas tanto de la esquizofrenia como del envejecimiento. Problemas como el deterioro cognitivo y las enfermedades crónicas pueden agravarse debido a la esquizofrenia, que además se asocia con una mayor mortalidad prematura. Estas mujeres también pueden descuidar sus necesidades de salud mental y física, una situación que se ve empeorada por la falta de apoyo social y un bajo nivel socioeconómico (Dickerson, 2007).

La transición a la menopausia se ha asociado con la aparición de síntomas psiquiátricos en al menos el 20% de las mujeres. Este período se considera de alta vulnerabilidad para la inestabilidad del estado de ánimo que puede desencadenar la aparición de un trastorno bipolar o empeorar los síntomas afectivos en mujeres con antecedentes de trastorno bipolar. Las mujeres que padecen trastorno bipolar con características psicóticas son especialmente vulnerables en términos de empeoramiento psicopatológico en la transición menopásica, y con frecuencia necesitan un tratamiento combinado con antipsicóticos en el curso o mantenimiento de una fase maníaca o como consecuencia de episodios depresivos. Por otra parte, en las mujeres con esquizofrenia y otros trastornos relacionados, las comorbilidades tienden a aumentar después de la menopausia, lo que puede complicar su tratamiento y gestión. Las estrategias preventivas, que incluyen abordar estas comorbilidades y mejorar el apoyo psicosocial, son cruciales para mejorar la atención de estas pacientes (González-Rodríguez et al., 2021).

Vargas et al. (2010) sugieren que las necesidades asociadas al envejecimiento en las personas con trastorno mental grave (personas con esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos depresivos crónicos y graves) han sido estudiadas principalmente desde un enfoque médico y desde la percepción de las necesidades de los cuidadores. Con el propósito de conocer las necesidades percibidas por las propias personas con trastorno mental grave respecto a su proceso de envejecimiento desde una visión integral, se planteó diseñar una Escala que permitiera detectar de manera válida, fiable y eficiente el riesgo psicosocial asociado al envejecimiento de este colectivo. En concreto, se propone la “Escala de Riesgo Psicosocial” como un instrumento de uso breve que puede ser aplicable a la población de Castilla y León para su implementación sistemática en entornos clínicos como herramienta de cribado.

Para el diseño de este instrumento se proponía como primer objetivo detectar las necesidades percibidas como prioritarias en el envejecimiento saludable de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) desde una perspectiva de salud integral biopsicosocial. Se consideran para la escala: 1) las necesidades percibidas de las propias personas con TMG, 2) las necesidades percibidas de las personas que prestan cuidados y 3) las perspectivas de los equipos profesionales de Salud Mental, de Atención Primaria y de Servicios Sociales.

La Escala se compone de 40 necesidades detectadas y agrupadas en 10 ítems: recursos económicos, tratamiento farmacológico, vivienda, equipo de salud mental, familia, equipo de atención primaria, autonomía personal, hábitos de salud y ocupación. Las puntuaciones de la Escala van del 0 al 4 (0 significa que la necesidad no está cubierta y 4 que la necesidad está correctamente cubierta sin apoyos). Entre las necesidades que contempla la Escala están, entre otras: la independencia económica, (ya sea por sus propios recursos o por prestaciones económicas); contar con una vivienda adecuada; disponer de atención profesional en salud mental adecuada, integral, afectuosa, coordinada, accesible, continuada y si es preciso domiciliaria; y disponer de alternativas residenciales apropiadas para personas con enfermedad mental incluida la edad geriátrica.

Los datos de Castilla y León

De acuerdo con los datos proporcionados por la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, en el año 2022 residían 30.049 personas con discapacidad que tienen enfermedad mental como discapacidad principal (Tabla 1). Las mujeres representaban el 48,87% de esta población y los hombres el 51,13% restante. Los datos por edad indican que el 77,09% de esta población tiene 45 o más años (23.166 personas). En este tramo de edad, la proporción entre mujeres y hombres se invierte (54,66% mujeres, 45,34% varones).

Tabla 1. Castilla y León, 2022. Personas con discapacidad a consecuencia de enfermedad mental* por sexo y grupo de edad.

Edad	Número de personas			Prevalencia		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
De 0 a 14 años	252	1.214	1.466	0,19%	0,88%	0,54%
De 15 a 29 años	454	1.420	1.874	0,30%	0,88%	0,60%
De 30 a 44 años	1.317	2.226	3.543	0,64%	1,04%	0,84%
De 45 a 59 años	4.132	4.778	8.910	1,47%	1,68%	1,58%
De 60 a 74 años	4.405	3.809	8.214	1,87%	1,63%	1,75%
De 75 a 89 años	3.085	1.631	4.716	1,91%	1,37%	1,68%
De 90 años y más	1.040	286	1.326	2,73%	1,68%	2,41%
Total	14.685	15.364	30.049	1,22%	1,32%	1,27%

(*) Personas con discapacidad que tienen enfermedad mental como discapacidad principal.

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2022.

En relación con la distribución territorial (Tabla 2 y 3), Valladolid, León y Burgos son las provincias con mayor población con discapacidad por enfermedad mental. Por otra parte, los datos indican que, en Castilla y León, el 39,6% de las personas con discapacidad por enfermedad mental residen en zonas rurales. Este porcentaje varía al considerar la provincia de residencia. Así, el porcentaje de personas con discapacidad por enfermedad mental que residen en zonas rurales en Ávila, Segovia o Zamora es notoriamente más alto que el promedio de la Comunidad.

Tabla 2. Castilla y León, 2022. Personas con discapacidad a consecuencia de enfermedad mental* por sexo y provincia.

Edad	Número de personas			Prevalencia		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
Ávila	1.075	1.060	2.135	1,37%	1,33%	1,35%
Burgos	2.636	2.671	5.307	1,48%	1,50%	1,49%
León	2.489	2.874	5.363	1,08%	1,32%	1,20%
Palencia	1.062	1.227	2.289	1,33%	1,57%	1,45%
Salamanca	2.341	2.075	4.416	1,40%	1,31%	1,36%
Segovia	812	869	1.681	1,06%	1,13%	1,09%
Soria	394	532	926	0,90%	1,19%	1,05%
Valladolid	2.843	3.100	5.943	1,07%	1,23%	1,15%
Zamora	1.033	956	1.989	1,22%	1,15%	1,19%
Total	14.685	15.364	30.049	1,22%	1,32%	1,27%

(*) Personas con discapacidad que tienen enfermedad mental como discapacidad principal.

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2022.

Tabla 3. Castilla y León, 2022. Personas con discapacidad a consecuencia de enfermedad mental* por tipo de hábitat y provincia.

Edad	Número de personas			Prevalencia		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Ávila	911	1.224	2.135	1,58%	1,22%	1,35%
Burgos	4.036	1.271	5.307	1,67%	1,12%	1,49%
León	2.781	2.582	5.363	1,30%	1,10%	1,20%
Palencia	1.341	948	2.289	1,76%	1,16%	1,45%
Salamanca	2.347	2.069	4.416	1,65%	1,13%	1,36%
Segovia	676	1.005	1.681	1,33%	0,98%	1,09%
Soria	477	449	926	1,21%	0,92%	1,05%
Valladolid	4.775	1.168	5.943	1,33%	0,74%	1,15%
Zamora	799	1.190	1.989	1,34%	1,10%	1,19%
Total	18.143	11.906	30.049	1,46%	1,05%	1,27%

(*) Personas con discapacidad que tienen enfermedad mental como discapacidad principal.

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

2. MÉTODO

El estudio ha seguido un planteamiento metodológico plural, que parte de la revisión bibliográfica para facilitar un acercamiento al conocimiento disponible sobre el envejecimiento de las personas con problemas de salud mental. Se ha planteado también una aproximación empírica que combina enfoques de investigación cuantitativos y cualitativos, mediante una encuesta, entrevistas y grupos de discusión.

La encuesta, basada en un cuestionario de carácter estructurado, elaborado *ad hoc* y con preguntas en su mayor parte cerradas, se dirigió a personas con problemas de salud mental mayores de 45 años residentes en Castilla y León con el propósito de identificar y caracterizar al colectivo, así como conocer su situación en relación con los ámbitos donde experimentan mayores dificultades, situaciones de dependencia, red de apoyo, estado de salud y hábitos de vida, sobre los diferentes aspectos en relación a su inclusión/exclusión social, etc.

El cuestionario se lanzó en junio de 2024 y contó con una amplia difusión entre la red de asociaciones que componen la Federación Salud Mental Castilla y León; se facilitaron distintas vías para responder al cuestionario y se contó siempre con el apoyo de la Federación para lograr una muestra representativa. Se obtuvieron un total de 328 cuestionarios válidos. El método de captación de esta población ha sido a través de las entidades de la Federación Salud Mental Castilla y León.

En este estudio se reconoce el protagonismo de las personas con problemas de salud mental en su propio proceso de envejecimiento, y para conocer su perspectiva se llevaron a cabo 13 entrevistas abiertas, seis a hombres y siete a mujeres. Además del criterio de la edad (mayores de 45 años), se ha tenido en cuenta que se encontraran en distintas situaciones de actividad, lugares de residencia, etc. Por otra parte, se realizaron 6 entrevistas abiertas a informantes clave (expertos, profesionales, familiares). También se llevaron a cabo 3 grupos de discusión con informantes clave: personas con problemas de salud mental mayores de 45 años, familiares y profesionales de recursos de atención a personas con problemas de salud mental.

3. RESULTADOS

A partir de los datos recogidos en la encuesta, se puede hacer una primera aproximación a la situación y necesidades de las personas con problemas de salud mental mayores de 45 años residentes en Castilla y León (Tabla 4). Se han recogido un total de 328 cuestionarios. El 41% corresponde a mujeres y el 57% a hombres (cuatro personas prefirieron no informar

sobre su sexo). El promedio de edad es de 56,3 años. Un 10,4% de las personas encuestadas se encuentra por encima de los 65 años.

Tabla 4. Distribución de la muestra según sexo y grupo de edad.

	Hombre	Mujer	No consta el sexo	Total	Porcentaje
45 a 54 años	77	56	1	134	40,9%
55 a 64 años	93	66	1	160	48,8%
65 años y más	17	15	2	34	10,4%
Total	187	137	4	328	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Los datos respecto al reconocimiento de discapacidad o dependencia indican que se trata de un colectivo con necesidades de apoyo significativas. El 91% de las personas de la muestra cuenta con certificado de discapacidad. De estas personas, el 63% tiene reconocido un grado de discapacidad de entre el 65 y el 74 por ciento, un 9% tiene reconocido un grado de discapacidad del 75 por ciento o superior.

Respecto a la valoración de dependencia, el 74% de las personas encuestadas cuenta con esta valoración. Un 52% de estas con Grado I (dependencia moderada); el 37% con Grado II (dependencia severa); un 5% con Grado III (gran dependencia) y un 14% sin grado reconocido.

El 65% residía en un domicilio particular, el 30% en una vivienda tutelada y el 4% en una residencia. La mayoría de las personas vivían con familiares, aunque un 30% vive solo. Una cuestión a destacar de las personas que han indicado vivir en un centro residencial es su promedio de edad, que es ligeramente mayor que el total de la muestra (57,1 años).

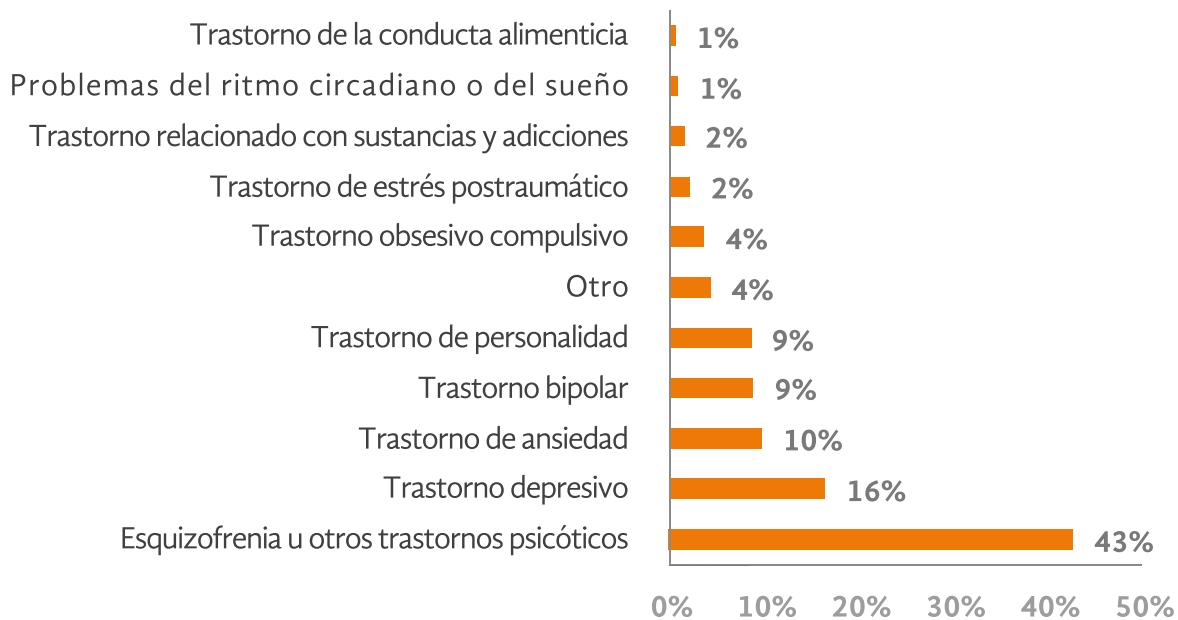
En cuanto a la provincia en la que residen las personas encuestadas, los porcentajes son más o menos similares a los datos oficiales de discapacidad. Así, en León, Valladolid y Burgos se concentran el mayor número de respuestas. Por otra parte, respecto a la zona de residencia, un 35% reside en zonas rurales y el 65% restante en zonas urbanas.

3.1 Diagnósticos Principales

El 43% de las personas encuestadas ha sido diagnosticada de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos; un 16% de trastornos depresivos; un 10% de trastornos de ansiedad y un 9% de trastorno bipolar (Gráfica 1). El 72% de las personas encuestadas tiene el diagnóstico desde hace más de 10 años.

En relación con el uso de psicofármacos: el 55% de las personas toma antipsicóticos; un 49% antidepresivos; un 19% estabilizadores del ánimo y un 6% antiepilepticos. En promedio, las personas encuestadas tienen prescritos 1,8 fármacos relacionados con su problema de salud mental; un 19% del total de personas encuestadas consume más de dos fármacos distintos.

Gráfica 1. Distribución de la muestra según diagnóstico (porcentajes).



Nota: Una persona puede tener más de un diagnóstico.

Fuente: Elaboración propia.

En el cuestionario se ha preguntado a las personas con problemas de salud mental mayores de 45 años sobre su percepción respecto a las dificultades que experimentan en distintas áreas, así como el grado de esta dificultad. Los datos indican que los ámbitos donde perciben dificultades “continuamente” o “muchas veces” corresponde al desempeño laboral, la administración de la propia economía y en las interacciones y relaciones personales (Tabla 5).

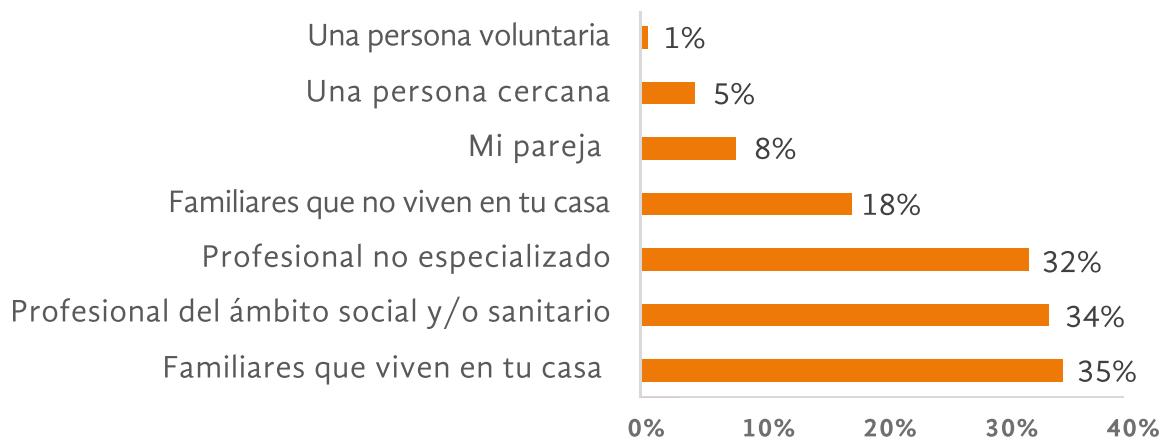
Tabla 5. Áreas en las que se presentan dificultades.

	Continuamente	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Autocuidado	7%	19%	32%	42%
Desempeño laboral	31%	17%	23%	29%
Interacciones y relaciones personales	12%	22%	37%	30%
Autonomía en el entorno comunitario y el uso de recursos sociales	9%	23%	36%	32%
Administración de la propia economía	21%	20%	22%	37%
Manejo de actividades de ocio y tiempo libre	10%	22%	31%	38%

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, el 73% de las personas encuestadas ha indicado que necesita ayuda para su vida diaria. Este apoyo proviene en primer lugar de familiares residentes en el hogar (35%), seguido por profesionales del ámbito social y/o sanitario (34%) y por profesionales no especializados (32%) (Gráfica 2).

Gráfica 2. Personas de las que recibe apoyo en su vida diaria con mayor frecuencia (porcentajes).



Fuente: Elaboración propia.

Esta ayuda proviene principalmente de mujeres. La edad promedio de las personas que prestan apoyo (profesional o familiar) es de 53,9 años. Al considerar sólo la edad de los familiares que prestan apoyo, este promedio sube hasta los 60 años. Este dato debe tenerse en cuenta en tanto que supone un factor de riesgo para aquellas personas con problemas de salud mental que sólo cuenten con el soporte de la familia.

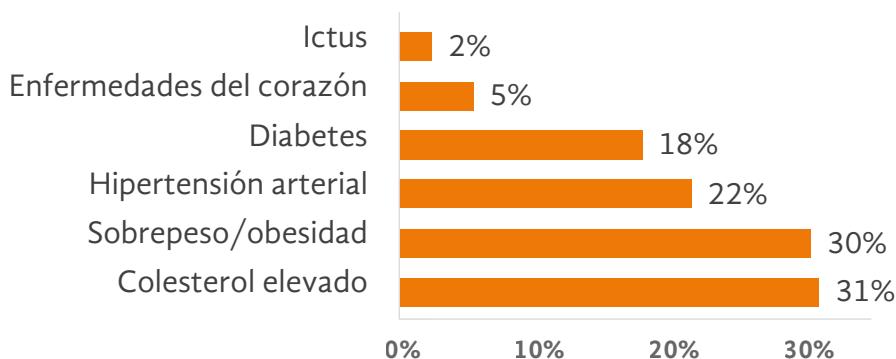
3.2 Hábitos de consumo y actividad física

El 27% de las personas consumía tabaco habitualmente y el 2% alcohol de forma regular. Sobre actividad física, los datos indican niveles bajos de actividad física: el 18% no realiza ningún ejercicio físico regular y el 43% mantiene una actividad física escasa y no regular (algunas veces pasea, o realiza tareas domésticas ligeras, etc.). Un 27% realiza de forma regular ejercicio físico ligero; un 6% moderado y solo el 3% practica ejercicio regularmente de manera intensa. Las mujeres presentan un nivel de actividad física menor que la de los varones: un 23% de ellas no realiza ningún ejercicio físico regular, este porcentaje es del 15% en los varones.

3.3 Enfermedades crónicas

Además de los problemas de salud mental diagnosticados, las personas encuestadas presentan también otros diagnósticos que condicionan su estado de salud: un 31% presenta colesterol elevado; un 30% sobrepeso; un 22% hipertensión arterial y un 18% es diabético (Gráfica 3). Un 32% de las personas tiene más de un problema de salud diagnosticado. Se observa también la presencia de enfermedades musculoesqueléticas.

Gráfica 3. Problemas de salud diagnosticados (porcentajes).



Nota: Una persona puede tener más de un diagnóstico.

Fuente: Elaboración propia.

3.4 Percepción del estado de salud

Un 45% de las personas consultadas considera que su estado de salud es bueno o muy bueno, un 43% piensa que su salud es regular y el 9% considera su estado de salud como malo o muy malo. Al considerar el sexo, se observa que los hombres perciben un mejor estado de salud que las mujeres: el 53% de ellos valora su estado de salud como bueno o muy bueno, mientras que este porcentaje es del 40% en el caso de ellas.

En el cuestionario se preguntó si la persona se ha sentido sola durante el último año, y **un 28% de las personas ha indicado sentirse sola continuamente o muchas veces**. Este sentimiento de soledad es más intenso en las mujeres que en los hombres.

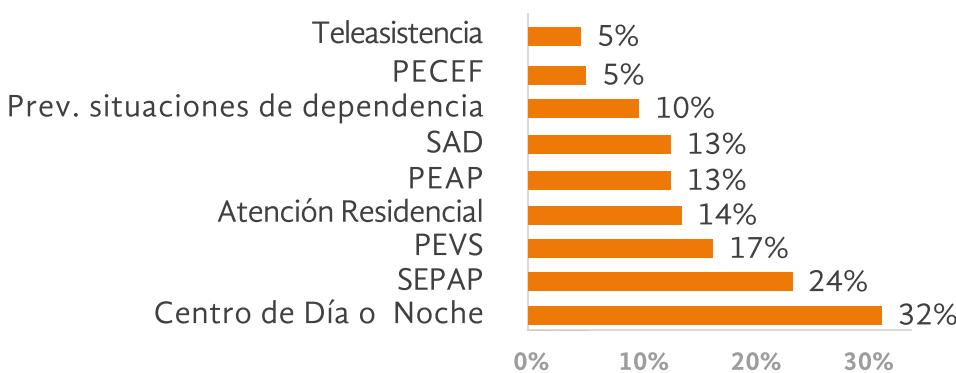
3.5 Experiencias de abuso y/o maltrato

El 21% de las personas encuestadas ha sufrido abuso por parte de otras personas y el 9% por parte de su pareja o expareja. El 75% de las personas que han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja son mujeres. En términos relativos, las mujeres han sufrido más experiencias de abuso o maltrato que los varones.

3.6 Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

El 63,4% de las personas ha indicado que percibe una prestación a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (Gráfica 4). La prestación más frecuente es el Centro de Día, seguida del Servicio de promoción de la autonomía personal (SEPAP) y la Prestación económica vinculada al servicio (PEVS). Un 26% de estas personas recibe más de una prestación a través del SAAD.

Gráfica 4. Servicios del SAAD que utiliza (porcentajes).



PEAP: Prestación económica de asistencia personal. SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio.
PECEF: Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

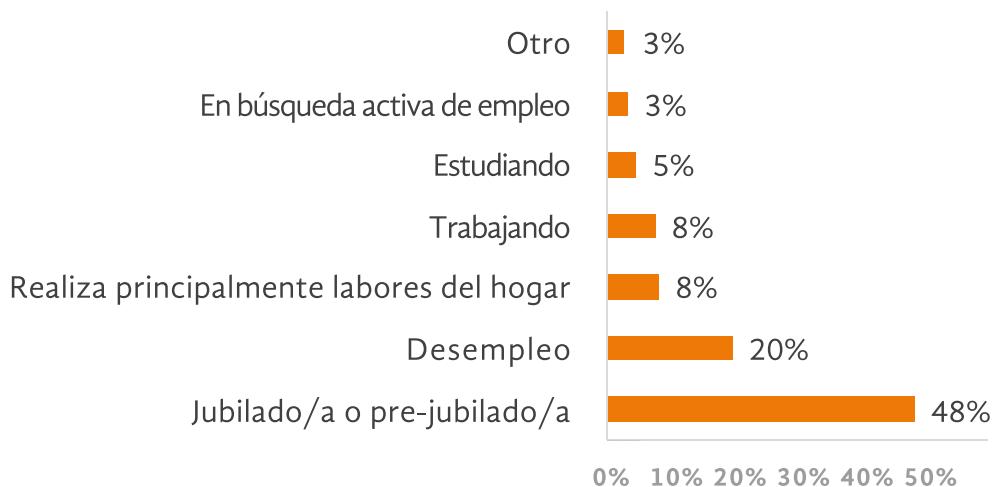
Nota: Una persona puede recibir más de un servicio.

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, **el 76% ha indicado contar con una prestación económica** no procedente del SAAD y un 15% apuntó que no recibe ninguna prestación. De las personas que sí cuentan con una prestación económica, el 38% recibe una pensión no contributiva por invalidez, un 36% cuenta con una pensión contributiva de incapacidad permanente y el 18% con una prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad.

Los datos sobre la **actividad laboral** reflejan la precaria situación de las personas con problemas de salud mental en este ámbito: solo el 8% de ellas trabaja; un 20% está en paro y un 3% está en búsqueda de empleo (Gráfica 5). Es oportuno recordar que casi el 90% de las personas que han respondido la encuesta se encuentra en edad laboral. Además, el 48% ha indicado que afronta dificultades “continuamente” o “muchas veces” en el desempeño laboral.

Gráfica 5. Distribución de la muestra según actividad (porcentajes).



Fuente: Elaboración propia.

3.7 La percepción de las personas con problemas de salud mental sobre envejecer

La vertiente cualitativa de este estudio ha permitido recoger la propia experiencia de las personas con problemas de salud mental sobre el envejecimiento que, desde su perspectiva, es parte de la vida. Asumen que envejecer conlleva cambios a nivel físico y pérdidas de autonomía. Antes que envejecer por sí mismo, aspectos sociales asociados a este proceso

como la soledad y el aislamiento aparecen como principales preocupaciones, ante las cuales las personas expresan sentimientos negativos, que pueden llegar a alcanzar grados de ideación suicida, depresión y desesperanza.

"Igual que hemos sido pequeños, adolescentes, llega un momento que vamos haciéndonos mayores. Para mí el mayor problema sería estar solo, la vejez no, porque (...) uno envejece, porque es un ciclo natural de la vida. La soledad es lo peor que puede haber. El miedo que tengo es volver a tener esos sentimientos, esas impotencias... He estado dos o tres años sin salir de casa. Aislado en mi habitación, sin salir a hablar con mis padres ni nada (...), he tenido ideas suicidas, por eso digo que el aislamiento, la soledad, para mí es un síntoma malo, o sea, deriva a una cosa mala". Entrevista 1 (46 años).

Con frecuencia, entre personas que todavía se encuentran en edad laboral, **el envejecimiento aparece como un asunto alejado de sus preocupaciones cotidianas**. Encontrar empleo, mantener su bienestar emocional o alcanzar distintas metas más relacionadas con la madurez personal aparecen como cuestiones más relevantes e inmediatas. Envejecer se percibe como una cuestión incierta, **ubicada en el futuro y a la que no corresponde dedicar tiempo**, por otro lado, **pensar en el futuro puede generar miedo o ansiedad**. En este sentido, se advierte un sentimiento de evitación al respecto.

"Vivimos casi el día a día. Yo cuando estoy solo, ya empiezo a pensar en esas cosas (en envejecer), yo pienso en mi futuro, (...) porque no quiero ya meter la pata y lo que quiero es vivir con mis amigos, cómodamente. Yo tengo una novia y me gustaría vivir con ella, estar juntos y poder relacionarme con alguien (...). Yo ahora estoy pensando casi en el día a día, qué tengo que hacer hoy, qué tengo que hacer mañana, pero a un tiempo largo no, no pienso". Entrevista 5 (52 años).

En las entrevistas, al hablar sobre el envejecimiento de terceras personas (familiares, amistades...), las personas expresan por un lado sus **miedos** respecto a esta etapa (tener demencia, cáncer, Alzheimer...), la **incertidumbre** de lo que puede pasar y por otro, la conciencia de que **sus apoyos familiares también envejecen**.

"Me preocupa que yo no voy a poder atenderlos (a sus padres), porque soy una persona que necesito más que me atiendan a mí". Entrevista 4 (45 años).

"Tienes miedo de cuando seas viejo, es mi miedo, porque no te quieres ver con gente mayor que está pidiendo en la calle. Eso para mí sería lo último, yo quiero tener una vida lo más decente posible, hasta que me muera". Entrevista 5 (52 años).

"Hay veces que dices, cómo estaré cuando sea más mayor, no lo sé... Estoy en el piso y estoy

bien, todavía puedo andar bien con las piernas, me muevo y eso, como no se sabe en la vida lo que te puede pasar, porque hay ictus, hay enfermedades muy raras". Entrevista 10 (56 años).

Otro aspecto relevante en algunas de las narraciones de las personas con problemas de salud mental es su **cambio de rol** ante el envejecimiento de sus madres/padres o familiares (pasar a ser el cuidador/a). En algún caso este cambio supone una gran dosis de estrés.

"A partir de eso (la enfermedad de su madre) ya dije: voy a cuidar a mi madre para que dure lo máximo que pueda. Llevo 4 años que no he parado de estar con ella. Me ha cuidado, ahora tengo que cuidar (...). Ahora estoy preocupado porque queremos lo mejor para ella y lo mejor para nosotros, y a mí que no me quiten mi vida. Porque yo de calidad de vida he perdido muchísimo, solamente he estado centrado en ella y mi tiempo de ocio ha perdido muchísimo". Entrevista 5 (52 años).

Las personas con problemas de salud mental entrevistadas expresaron su aspiración de vivir de forma independiente el mayor tiempo posible, aunque reconocen que eventualmente podrían necesitar vivir en una residencia. Respecto a esta cuestión valoran los servicios de vivienda que tienen las distintas entidades, creen que ese debe ser el modelo de atención residencial que debe fomentarse. Ahora bien, estas personas expresaron asimismo su preferencia clara sobre, en caso de necesitar apoyo, la asistencia personal antes que un servicio residencial. Quienes ya disponen de asistencia personal, expresan su valoración positiva.

3.8 La perspectiva de los profesionales

Desde la perspectiva de los/las profesionales se destacan mejoras en la atención a las personas con problemas de salud mental, especialmente en quienes tienen trastorno mental grave. Esto ha contribuido a una mayor esperanza de vida, al mismo tiempo que se observan síntomas de cierto envejecimiento prematuro asociados a esta condición, como resultado de la combinación de factores médicos y sociales que interactúan entre sí. Entre los factores que contribuyen al envejecimiento prematuro están: los hábitos de vida, los efectos secundarios de la medición, la institucionalización, la soledad y el aislamiento, entre otros.

"Tienen peores hábitos de salud, hay una prevalencia de fumadores mayor que en la población general. Con frecuencia también adicciones a sustancias, sedentarismo, el síndrome metabólico por los antipsicóticos, que engordan, aumenta el colesterol, riesgo de diabetes. Es decir, todos estos factores generales de salud hacen que los problemas de salud asociados al envejecimiento aparezcan antes". Entrevista 14. Psiquiatra.

"El colectivo de personas con las que nosotros trabajamos tienden al aislamiento social. A veces por decisión personal, otras veces porque las experiencias vitales les llevan a eso, y otras veces porque la gente les rechaza (...). A lo mejor no se nota a nivel físico, porque no genera más arrugas, no se nota a nivel físico, porque no conlleva utilizar un bastón, pero sí que creo que al final hace mella. Sí que considero que puede hacer mella en el envejecimiento prematuro". Entrevista 15. Profesional de trabajo social.

"Sí que nosotros vemos que ese deterioro es mayor en las personas que han estado más tiempo institucionalizadas. Las personas que han convivido más tiempo en un entorno familiar, vemos que el deterioro en algunos casos es menor que las personas que llevan mucho tiempo institucionalizadas". Entrevista 16. Profesional responsable de un servicio residencial.

Las personas que han experimentado numerosas crisis graves a lo largo de su vida, que han requerido ingresos hospitalarios, pueden mostrar signos de envejecimiento acelerado. Por otro lado, reconociendo los beneficios de la medicación, encuentran que la medicación prolongada en el tiempo produce efectos significativos en el envejecimiento de las personas con problemas de salud mental (movilidad, flexibilidad, sobrepeso).

"Nosotros observamos que hay personas aquí en el centro, entre los de 50 años, que tienen problemas de movilidad. Porque no necesitan la ayuda de otra persona para desplazarse por sí mismos, pero tienen problemas para subirse a una furgoneta, para atarse el cinturón, porque como toman tanta medicación y la han tomado durante tantísimos años, pues ha generado que su cuerpo tenga un problema en cuanto a la flexibilidad, en cuanto a la movilidad". Entrevista 16. Profesional responsable de un servicio residencial.

3.9 Factores de riesgo y protectores para un envejecimiento saludable y pleno de las personas con problemas de salud mental

3.9.1 Factores de riesgo

A partir de las entrevistas con personas con problemas de salud mental, con profesionales y con familias, se ha identificado una serie de factores de riesgo, que se ubican en distintos ámbitos: desde lo psico-corporal y médico-farmacológico a lo social, incluyendo en este plano la labor de instituciones, servicios y las actitudes y prejuicios del entorno.

El **estado de salud** de las personas, por comenzar el análisis de los factores de riesgo en lo físico-corporal, se convierte en un factor tanto de riesgo como protector, que influye

en las maneras de envejecer. Además de los datos que aporta la encuesta de este estudio (un 32% de las personas tiene más de una enfermedad crónica diagnosticada), en las entrevistas se constata que, en general, las personas con problemas de salud mental presentan **problemas de movilidad, obesidad, y otras enfermedades crónicas a edades relativamente jóvenes.**

En las entrevistas se habla de forma reiterada de los **efectos secundarios de la medicación** que, en general, se perciben como una de las principales causas del envejecimiento prematuro de este colectivo.

En el ámbito de lo social e institucional, corresponde considerar la situación económica vulnerable, relacionada con las dificultades de acceso al empleo, así como factores funcionales, de reconocimiento de derechos, prestación de servicios y actitudes y prejuicios sociales.

En términos generales, las personas entrevistadas tienen una **situación económica precaria**, con prestaciones económicas modestas, habitualmente no contributivas, que con frecuencia las sitúan en circunstancias de subsistencia, en el umbral de cubrir gastos básicos, como alojamiento (alquiler de una habitación, por ejemplo), con dificultades, en caso de habitar una vivienda, para su climatización en invierno, circunstancias que no les permite ahorrar o asumir gastos extraordinarios. Diferentes ayudas, como el Ingreso Mínimo Vital, pueden desempeñar un papel fundamental de cara a mantener estándares básicos de inclusión. Ahora bien, la situación extendida es, como se apunta, de vulnerabilidad económica.

"Estoy cobrando ahora mismo el Ingreso Mínimo Vital, que son 596 euros, y de ahí pago el alquiler (210 euros por una habitación). Y luego el mes, es que prácticamente no me llega". Entrevista 3 (52 años).

"Yo no tengo nada, ni vivienda ni nada. Tengo esta pensión (subsidiado para mayores de 52 años) y la ayuda de mis hijos". Entrevista 6 (61 años).

"Me falta dinero para el invierno en mi casa, es una casa que cuesta trabajo calentarla con la calefacción, entonces es uno de los gastos que más tengo en invierno (...) estoy intentando ahorrar. Vamos, ahorrar no puedo ahorrar con esa cantidad, pero sí tener un poquito, porque si no me va a pasar cualquier cosa y no voy a poder (tiene una pensión no contributiva)". Entrevista 7 (52 años).

Al hablar sobre sus trayectorias laborales, las experiencias son, sobre todo en las mujeres, de **empleos precarios** y de baja cualificación que repercute en no contar con ingresos suficientes, no poder aspirar a una jubilación, depender de prestaciones sociales y afrontar un mayor riesgo de pobreza. Su situación económica choca con su aspiración de tener un hogar, poder viajar, hacer planes para el futuro.

"He trabajado de joven, cuidaba a niños y he cuidado señoras mayores, he ido al colegio hasta los 16 años, luego ya lo dejé. He cuidado a mis padres, cuidé a mi padre hasta que ya se murió, le vi morir, luego a mi madre la he cuidado hasta que he podido (desde finales de 2024 vive en una vivienda supervisada de una entidad de la federación)". Entrevista 10 (56 años).

"Me gustaría tener mi casita, por lo menos en un sitio donde yo pueda decir, de alguna manera, que es mi hogar (...) me gustaría viajar, pero tener dinero, claro, y no lo tengo. Pero siempre digo, a ver si cuando tenga un poco de dinero". Entrevista 6 (61 años).

Las personas con problemas de salud mental que han participado en las entrevistas tienen o han tenido **grandes dificultades para acceder al empleo**. Estas dificultades, que se reflejan en los datos de la encuesta de este estudio (solo el 8% de las personas trabaja) suponen un factor de riesgo en tanto que pueden suponer, además del *riesgo de pobreza*, la exclusión social de este colectivo.

Por otra parte, las personas con problemas de salud mental que viven en **zonas rurales** afrontan mayores dificultades que aquellas que residen en las ciudades. Entre las principales barreras que se afrontan en el medio rural están: la falta de transporte, el acceso a servicios y/o recursos sociosanitarios, las relaciones interpersonales y las oportunidades de empleo.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en la región no siempre entiende o reconoce las necesidades de las personas con problemas de salud mental, esto supone que muchas personas no puedan acceder a las prestaciones que necesitan.

"Lo que se valora es totalmente físico, y es muy complicado dar un grado de dependencia en una persona con enfermedad mental. Entonces yo creo que eso hay que, no sé, mirarlo, estudiarlo. (...) Es muy complicado un grado 1, ya un grado 2 ni te quiero contar, porque la valoración es física total, o sea, es que todo lo que les preguntan es físico, a nivel mental hay dos preguntas". Grupo de discusión de profesionales.

Las personas con problemas de salud mental experimentan la **falta de seguimiento y atención profesional continuada**. Las listas de espera, la falta de especialistas y la sobrecarga de las entidades se mencionan como las principales dificultades.

"El tema de la salud mental está muy mal en la sanidad. (...) No es fácil encontrar buenos profesionales, y luego las visitas están bastante espaciadas en el tiempo". Entrevista 4 (45 años).

"En el hospital de psicólogos nada, y contaditos. Muchas veces llamas porque la ves así

un poco rara y no te cogen el teléfono de urgencias. En urgencias te encuentras unos médicos que no son psiquiatras, la ven por encima un poco y para que se tranquilice, una pastillita. Vas a casa, se lo empieza a tomar, luego le dan hora para el psicólogo, y ya luego el psiquiatra le da otra cosa. ¿Qué haces con lo que le ha dado el médico de urgencias? (...) De psiquiatras y psicólogos, mantenemos simplemente a la psicóloga que está en los talleres, en los que tiene la asociación. Pero claro, ella no da abasto". Grupo de discusión de familias.

Desde la experiencia de las entidades, el envejecimiento de las personas con problemas de salud mental supone un desafío para sus servicios residenciales, que están pensados como recursos temporales para personas de entre 18 y 65 años, edad a la que la administración pide que las personas pasen a servicios de personas mayores. Pero esta transición requiere del consentimiento de la persona, circunstancia que genera cierta tensión entre la petición de la administración y lo que desea la persona usuaria. Otro aspecto relevante de la situación de las personas que están en proceso de envejecimiento es que muchas de ellas, en el pasado, vivieron en recursos sanitarios, debido a la falta de alternativas de carácter comunitario. Algunas de estas personas siguen necesitando apoyos especializados que no están disponibles en los recursos destinados a personas mayores.

Por otro lado, algunos servicios residenciales de las entidades estaban diseñados, en principio, como servicios de transición a la vida independiente, con el paso del tiempo, las personas usuarias han estabilizado su situación clínica, pero ahora se enfrentan al deterioro funcional debido, entre otros factores, a la sobremedicación.

El estigma aparece en todas las entrevistas como la barrera principal para la inclusión de las personas con problemas de salud mental. Para aquellas que residen en zonas rurales la experiencia de sentirse estigmatizada por su condición de salud resulta aún más intensa.

"Hay veces que no te entienden, la sociedad hay veces que no nos entiende, que creen que como ya tienes algo de salud, pues dicen, "bah, es un bicho raro" (...) (Me gustaría) que nos aceptaran como somos". Entrevista 4 (45 años).

"Es que estoy viviendo ahí en mi pueblo y no, vida para un discapacitado no hay, porque apenas hay trabajo y la gente te mira mal. Y me dicen cosas de hace años que no debí haber hecho, pues a lo mejor la gente te critica por eso. Y es que me miran, algunos me miran mal". Entrevista 5 (52 años).

"(en los pueblos) Sigue pasando que la gente con enfermedad mental, siempre han sido, con perdón, el tonto del pueblo, el que las lía, el delincuente, y eso también tiene mucho peso en el medio rural". Grupo de discusión de profesionales.

Por otro lado, la imagen negativa del envejecimiento, en otras palabras, el prejuicio del **edadismo** hace que las personas con problemas de salud mental mayores se enfrenten a una doble discriminación.

"Si ya el tema de envejecer es una cosa que no es algo positivo, pues ya si tienes ese estigma más, el estigma de la salud mental, de problemas de salud mental, ya te juntas con dos cosas que tienes que trabajar para ti mismo y para la sociedad, y ya se te complica el asunto muchísimo. ¿Entonces qué primas? Al final ellos priman quitar un poco ese estigma de su problema de salud mental". Grupo de discusión de profesionales.

En casi todas las entrevistas, el **suicido** aparece como una preocupación. En las personas con problemas de salud mental como salida a sus momentos de crisis, en las familias y los profesionales como un desafío que corresponde atender. Para las personas con problemas de salud mental participar y evitar el aislamiento ha sido fundamental para la prevención.

3.9.2 Factores protectores

Entre los **factores protectores** para un envejecimiento saludable está sin duda la labor de las entidades que, a partir de su experiencia, han ido preparando el terreno en este campo. Muchas de ellas ya vienen realizando **actividades de prevención** con talleres específicos de memoria, orientación y atención, utilizando cuadernillos y dinámicas grupales. Por otro lado, están las actividades que organizan todas las entidades que conforman la Federación Salud Mental de Castilla y León para favorecer la autonomía e inclusión de las personas con problemas de salud mental. Merece destacar el **servicio de asistencia personal** que permite atender a las personas en su entorno y según sus necesidades y preferencias. Otro ámbito en el que alguna entidad ha empezado a avanzar es el uso de las tecnologías de la información.

Por otra parte, **las personas con problemas de salud mental valoran de forma muy positiva poder contar con el apoyo y acompañamiento de las entidades**, agradecen especialmente los grupos de apoyo mutuo, el acompañamiento psicológico, los talleres y actividades en las que participan. Las personas que viven en servicios de atención residencial también han expresado de forma positiva su experiencia.

*"Estoy aprendiendo habilidades sociales, a comunicarme bien con la gente, de una manera bien, asertiva. (...) También salimos a pasear para quitarnos los malos pensamientos (...). Y también estoy en un grupo de ayuda mutua en el que nos contamos nuestros problemas e intentamos ayudar. (...) **Desde que estoy aquí soy otro, soy muy feliz**". Entrevista 1 (46 años).*

Los **vínculos con la familia** también tienen un efecto en el bienestar de las personas, aquellas que mantienen lazos afectivos tienden a mostrar menos deterioro y una mayor autoestima. El **entorno familiar** cumple un papel relevante para buena parte de las personas con problemas de salud mental. Como se apuntó, algunas de estas personas han expresado su preocupación por el envejecimiento de sus progenitores. Otras, cuentan con **el apoyo de hermanos/hermanas** y aunque valoran este apoyo, entienden que éstos tienen sus propios proyectos vitales. Las profesionales también observan este proceso de envejecimiento de los cuidadores y la relevancia de los hermanos/hermanas en el apoyo a las personas con problemas de salud mental.

“Yo también tengo mis hermanos y tengo a mis padres vivos, pero de aquí a 20 años me veo un poco sola. Porque mis hermanos también tienen su vida, tienen su familia y demás”.
Grupo de discusión personas con problemas de salud mental.

“Nosotros lo que observamos es que muchos de los cuidadores han sido los padres, y los padres en muchos casos ya no están, por las edades avanzadas de los hijos, y asumen esa figura de cuidador los hermanos. Y ahí nos encontramos con hermanos muy funcionales que han querido continuar con ese vínculo y con esos cuidados a su familiar”. Entrevista 16. Profesional responsable de un servicio residencial.

En las entrevistas con profesionales y con las familias se ha señalado la sobrecarga que afrontan las familias, especialmente la persona que cumple el papel de “cuidador principal”. Las madres sienten que existe una gran dependencia emocional y material de sus hijos/as. Esto genera en ellas agotamiento, ansiedad y la sensación de que están solas frente a la tarea de cuidar y acompañar al mismo tiempo que piensan que el cuidado es su responsabilidad exclusiva.

“Yo tengo una hija, tiene 47 años, y ella es autónoma, vive sola, pero tiene mucho vínculo conmigo y yo con ella. Porque tiene hermanos, pero sus hermanos tienen su vida. (...) La apoyan mucho, pero no la pueden escuchar como la escucho yo, no la pueden acompañar como yo la acompaña. Entonces me preocupa que el día que yo no esté, por el vínculo que tiene conmigo, le pueda pasar cualquier cosa (...), estos chicos son para los padres, nada más”. Grupo de discusión de familiares.

“Él tiene una dependencia de mí tal, vive conmigo, una dependencia tal que estoy desesperada (...), no sé qué hacer (...), lo tengo metido dentro de mis oídos (...), la que estoy cansada soy yo. Y entonces digo, pero este chico también tiene dos hermanos, que también tienen su vida, pero no le atienden. Tienen sus hijos, su pareja, su vida y entonces soy yo la que tengo toda la carga”. Grupo de discusión de familiares.

Las familias han expresado sus **preocupaciones respecto al futuro** de su familiar con proble-

mas de salud mental. Entre varias de sus preocupaciones están la incertidumbre de si podrán vivir solos cuando ellos/ellas no estén, la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad y posibles recaídas. En este sentido, para las familias la única opción es la existencia de servicios residenciales especializados impulsados y gestionados por las asociaciones, donde se prime el trato profesional y humanizado donde “*estén atendidos y no se sientan olvidados y solos*”. Junto con servicios residenciales especializados, se considera que también la asistencia personal sería una opción viable para el apoyo de este colectivo, además de servicios como el de la fisioterapia y la logopedia.

Las familias sienten una gran carga respecto al tratamiento médico de su familiar, piensan que su ausencia provocará el abandono del tratamiento. Su salud mental se ve también afectada, además del estrés que les supone cuidar a su familiar, en algunas personas, está la percepción de que se encuentran solos y sin apoyos para esta tarea.

“Al final voy a acabar, no mal (...) pero tengo bajones, tengo muchos bajones, a veces no me dan ganas de nada tampoco (...). Mi cabeza está siempre funcionando, ¿cómo estará? ¿Estará bien, no estará bien? (...) Necesitaría un poco de ayuda psicológica y hablar con más gente para aprender un poquito (...) a ver cómo ellos lo llevan. Eso sí que me vendría bien”.
Entrevista 17. Familiar.

Las profesionales de las entidades también perciben el miedo de las familias sobre el futuro de su familiar y entienden como un desafío afrontar también el envejecimiento de las familias. Como se apuntó, un aspecto relevante en las narraciones de las personas con problemas de salud mental era su **cambio de rol** ante el envejecimiento de sus padres/madres. Esta experiencia también es reconocida por las profesionales de las entidades y se apunta el valor positivo que puede tener en algunos casos en los que cuidar ofrece un sentido.

Otro factor protector es la existencia de **ayudas económicas** como el Ingreso Mínimo Vital, que provee al menos un suelo de subsistencia económica para personas que de otra forma vivían situaciones de exclusión más duras.

4. CONCLUSIONES

Diferentes autores señalan la escasa literatura sobre el envejecimiento en personas con condiciones de salud mental. Se presta más atención a problemas de salud mental/deterioro cognitivo adquiridos con la edad, especialmente la demencia. Otros estudios señalan que las personas con enfermedades mentales graves a menudo experimentan un envejecimiento prematuro y desordenado, con una mayor prevalencia de problemas de salud física y una esperanza de vida

reducida. Factores como el tabaquismo, el sedentarismo y el aislamiento social pueden contribuir a este envejecimiento acelerado.

En Castilla y León, en torno a 30.000 personas con discapacidad tienen enfermedad mental como discapacidad principal. El 77,09% de esta población tiene 45 o más años (23.166 personas), el 54,6% es mujer. Valladolid, León y Burgos son las provincias con mayor población con discapacidad por enfermedad mental. Los datos también indican que el 39,6% de estas personas residen en zonas rurales. Este porcentaje varía al considerar la provincia de residencia. Así, el porcentaje de personas con discapacidad por enfermedad mental que residen en zonas rurales en Ávila, Segovia o Zamora es notoriamente más alto que el promedio de la Comunidad.

La encuesta realizada en el marco del estudio ha permitido contar con una aproximación al perfil de las personas con problemas de salud mental mayores de 45 años que residen en Castilla y León. De acuerdo con la encuesta, la mayoría de estas personas presentan un alto grado de discapacidad y dependencia, lo que pone de manifiesto la necesidad de apoyos significativos para su autonomía (el 73% de las personas necesita apoyo en su vida diaria). Sus dificultades principales se centran en el ámbito laboral, la gestión económica y las relaciones personales.

Buena parte de las personas encuestadas vive en domicilios particulares, aunque un porcentaje considerable reside en viviendas tuteladas o centros especializados. Por otro lado, el uso de psicofármacos es elevado, con un predominio de antipsicóticos y antidepresivos. Además, concurren otros problemas de salud como colesterol elevado, sobrepeso y enfermedades cardiovasculares. Los datos indican niveles bajos de actividad física y consumo de tabaco significativo en algunos casos. La percepción de salud es variada, con una proporción elevada que la califica como regular o mala, siendo más desfavorable en mujeres.

La mayoría de las personas encuestadas recibe alguna prestación a través del SAAD, 3 de cada 4 cuentan con una prestación económica. Solo el 8% de ellas trabaja. Junto con los datos de la encuesta, las entrevistas con las personas con problemas de salud mental, con profesionales y con las familias han permitido identificar los factores de riesgo y protectores para un envejecimiento saludable y pleno de las personas con problemas de salud mental en Castilla y León. Los factores de riesgo en el ámbito social se encuentran principalmente en la falta de recursos económicos, la falta de adecuación de los servicios y recursos a las nuevas necesidades de esta población, la falta de recursos en las zonas rurales, y la falta de seguimiento y atención profesional continuada en el ámbito de la salud. Entre los factores protectores para un envejecimiento saludable destacan la labor de las entidades asociativas de salud mental, el apoyo de las familias, los grupos de ayuda mutua, entre otros (Tabla 6).

Tabla 6. Factores de riesgo y protección en relación con el envejecimiento saludable y pleno de las personas con problemas de salud mental.

ÁMBITO	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Salud (aspectos psicocorporales, médico-farmacológicos)	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de movilidad, obesidad, y otras enfermedades crónicas a edades relativamente jóvenes. - Efectos secundarios de la medicación. - Número de crisis graves (número de ingresos hospitalarios). - Consumo de tabaco. - Bajos niveles de actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de prevención de las entidades. - Actividad física regular. - Evitar el consumo de tabaco y alcohol. - Seguimiento de la medicación para comprobar que se está haciendo un uso correcto de los psicofármacos y evitar la sobremedicación.
Social (empleo, prestaciones, acceso a servicios y recursos, ...)	<ul style="list-style-type: none"> - La institucionalización. - Situación económica precaria. - Empleos precarios/ grandes dificultades para acceder al empleo. - Las zonas rurales con dificultades para el transporte, el acceso a servicios y/o recursos sociasanitarios, las relaciones interpersonales y las oportunidades de empleo. - El SAAD no siempre entiende o reconoce las necesidades de las personas con problemas de salud mental. - Falta de seguimiento y atención profesional continuada. 	<ul style="list-style-type: none"> - El servicio de asistencia personal de las entidades. - Los servicios residenciales de las entidades (viviendas supervisadas, centros residenciales...). - Prestaciones económicas. - Programas de empleabilidad de las entidades.
Comunitario (redes de apoyo, actitudes y prejuicios del entorno...)	<ul style="list-style-type: none"> - El estigma y el edadismo. - El aislamiento y la soledad no deseada. - El envejecimiento relativo de los apoyos informales. - La sobrecarga de las cuidadoras principales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entorno familiar, vínculos cálidos, la figura de los hermanos/as. - Grupos de ayuda mutua. - El apoyo psicológico de las entidades tanto a las personas con problemas de salud mental como a sus familias.

Fuente: Elaboración propia.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beunders, A., Orhan, Melis, D y Dols, A. (2023). Older age bipolar disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 36 (5), 397-404, DOI: 10.1097/YCO.0000000000000883. https://journals.lww.com/co-psychiatry/fulltext/2023/09000/older_age_bipolar_disorder.10.aspx
- Brown, S., Inskip, H. y Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 177, pp 212-7.
- Chan, J. K. N., Tong, C. H. Y., Wong, C. S. M., Chen, E. Y. H. y Chang, W. C. (2022). Life expectancy and years of potential life lost in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 221 (3), 567–576. DOI:10.1192/bjp.2022.19
- Dickerson, F.B. (2007). Mujeres, envejecimiento y esquizofrenia. *Journal of Women & Aging*, 19 (1-2), 49-61. https://doi.org/10.1300/J074v19n01_04
- Geriatrica (2019). Las enfermedades mentales graves producen un envejecimiento «desordenado y acelerado». <https://www.geriatricarea.com/2019/03/20/las-enfermedades-mentales-producen-un-envejecimiento-desordenado-y-acelerado/>
- González-Rodríguez, A., Guàrdia, A. y Monreal, J. A. (2021). Peri- and Post-Menopausal Women with Schizophrenia and Related Disorders Are a Population with Specific Needs: A Narrative Review of Current Theories. *Journal of Personalized Medicine*, 11 (9), 849. <https://doi.org/10.3390/jpm11090849>
- González-Rodríguez, A. (2021). Las mujeres con trastorno mental severo tienen peor salud física. *SOM Salud Mental 360*. <https://www.som360.org/es/monografico/mujer-salud-mental/articulo/mujeres-trastorno-mental-severo-tienen-peor-salud-fisica>
- Hennekens, C.H., Hennekens, A.R., Hollar, D. y Casey, D.E. (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*, 150 (6), pp 1115-21.
- Kirkpatrick, B., Messias, E., Harvey, P.D., Fernandez-Egea, E. y Bowie, C.R. (2008). Is schizophrenia a syndrome of accelerated aging?. *Schizophr Bull*, 34 (6), pp 1024-32.
- Lindamer, L.A., Buse, D.C., Auslander, L., Unützer, J., Bartels, S.J. y Jeste, D.V. A. (2003). Comparison of gynecological variables and service use among older women with and without schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 54 (6), 902-4. doi: 10.1176/appi.ps.54.6.902. PMID:

12773608.

Nagusi Intelligence Center. (2024). *La salud mental en las personas mayores*. Serie: Informe Monográfico n. 8, Urduliz, Nagusi Intelligence Center.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Centro de prensa de la OMS, notas descriptivas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Quezada García, M. Y. y Petisco Rodríguez, E. (2019). *Alternativas de atención en el envejecimiento de las personas con trastorno mental grave en Extremadura*. Observatorio Estatal de la Discapacidad.

UNECE. (2024). Mental health of older persons. *UNECE Policy Brief on Ageing*. <https://www.cedid.es/es/buscar/Record/596308>

Vargas, M., Quintanilla, P., Vega, B. y Lozano, A. (2010). Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP): procedimiento de construcción mediante metodología cualitativa y presentación de la escala. *Norte de salud mental*, vol. VIII, nº 38, pp 26-35.

Westwood, S. y Carey, N. (2018) Ageing with physical disabilities and/or long-term health conditions. En Westwood, S. (2018). *Ageing, Diversity and Equality: Social Justice Perspectives*: Routledge. https://www.researchgate.net/publication/329029663_Ageing_with_physical_disabilities_andor_long-term_health_conditions/

