

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



federación
SALUD MENTAL
Castilla y León



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

Impulsa y edita:

Federación Salud Mental Castilla y León
Paseo Hospital Militar 36, 1ª Planta. 47006 Valladolid
983 301 509 / info@saludmentalcytl.org
www.saludmentalcytl.org

Asistencia técnica:

Intersocial Consultoría e Investigación (Martha Quezada y Antonio Jiménez Lara)

Diseño y maquetación:

Global y Punto

“El presente estudio ha sido realizado gracias al apoyo y financiación de Fundación Caser, en el marco de la VI Edición del Programa de Ayudas a la Investigación Sociosanitaria 2023”.

Licencia de uso:

Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual



Atención integrada a las personas con problemas de salud mental que envejecen en Castilla y León © 2025 by Federación Salud Mental Castilla y León is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International.

Edición: Septiembre 2025



Es para mí un honor presentar esta publicación, fruto de un trabajo colectivo que refleja el compromiso, la sensibilidad y la profesionalidad de todas las personas que han participado en su elaboración.

Este estudio no es solo un compendio de datos y reflexiones; es una herramienta para avanzar en el conocimiento y en la respuesta a las necesidades de las personas con problemas de salud mental que envejecen en nuestra comunidad. Su realización ha sido posible gracias a un equipo entregado, que ha sabido combinar rigor técnico con un profundo respeto por las personas protagonistas de esta realidad.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al equipo técnico de la Federación que ha liderado este proyecto: a nuestro gerente, Ángel Lozano, por su visión estratégica y su impulso constante; a nuestra coordinadora técnica, Patricia Quintanilla, por su capacidad de organización y dirección metodológica; y a nuestra técnica de Proyectos Socio-Comunitarios, Marta Martín, por su implicación en cada fase del trabajo y su atención a los detalles que marcan la diferencia.

Asimismo, reconozco y valoro la asistencia técnica prestada por el equipo consultor de Intersocial: Martha Yolanda Quezada, Antonio Jiménez Lara y Elena Díaz, quienes han aportado su experiencia y saber hacer para enriquecer los contenidos y garantizar la calidad de esta investigación.

Nuestro agradecimiento se extiende a Fundación Caser, cuyo apoyo ha sido determinante para hacer posible esta iniciativa. Sin su respaldo, este esfuerzo colectivo no habría alcanzado la misma dimensión ni el mismo alcance.

Confiamos en que las páginas que siguen contribuyan a abrir nuevos caminos de reflexión, a fortalecer la coordinación entre recursos y a situar, en el centro de nuestras acciones, a las personas con problemas de salud mental que afrontan el proceso de envejecimiento, garantizando su dignidad, derechos y calidad de vida.

Elena Briongos Rica

Presidenta Federación Salud Mental Castilla y León

Índice

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

1. Introducción	5
2. Metodología	7
2.1. Análisis de fuentes secundarias	7
2.2. Aproximación empírica	7
3. Marco teórico	13
3.1. Salud Mental	13
3.2. Envejecimiento y salud mental	14
3.3. Envejecimiento de las personas con problemas de salud mental	18
3.4. Envejecimiento Activo/saludable. Una propuesta para la intervención	22
3.5. Salud Mental y envejecimiento en Castilla y León	23
3.6. Las personas con discapacidad a consecuencia de enfermedad mental en Castilla y León, aproximación demográfica	27
4. Contexto político-normativo	32
4.1. Ámbito europeo	32
4.2. Ámbito estatal	34
5. Resultados	46
5.1. Aproximación a la situación y necesidades de las personas con problemas de salud mental mayores de 45 años en Castilla y León	46
5.1.1 Datos Sociodemográficos	46
5.1.2 Diagnóstico y atención de la salud	49
5.1.3 Servicios	55
5.1.4 Inclusión social	56
5.1.5 La percepción de las personas con problemas de salud mental sobre envejecer	60
5.1.6 La perspectiva de las y los profesionales que atienden a personas con problemas de salud mental en Castilla y León	68
5.1.7 Factores de riesgo y protectores para un envejecimiento saludable y pleno de las personas con problemas de salud mental	71
6. Conclusiones y propuestas	88
6.1. Conclusiones	88
6.2. Propuestas	92
7. Referencias bibliográficas	95



1. Introducción

El presente estudio pretende conocer la situación de las personas con problemas de salud mental en proceso de envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, identificar los perfiles existentes, conocer sus características y necesidades, investigar las variables que influyen en el envejecimiento prematuro de las personas con problemas de salud mental, identificar modelos de atención que puedan servir de referencia y proponer alternativas de respuesta a sus necesidades. En coherencia se han planteado los siguientes objetivos:

- **Identificar perfiles** de la población con problemas de salud mental en proceso de envejecimiento en Castilla y León.
- **Conocer el perfil social y sanitario:** características socio demográficas y económicas, situación de dependencia, red de apoyo, características clínicas, utilización de servicios, necesidades y demandas.
- **Estudiar las variables que influyen en el envejecimiento prematuro de las personas con problemas de salud mental:** estilos de vida (sedentarismo, hábitos dietéticos, consumo de sustancias, etc.), factores sociales (interacciones sociales, violencia, abuso, estigma, etc.), estado de salud (tipo de problema de salud mental, medicación, cuidados, etc.).
- **Identificar modelos de atención** que puedan servir de referencia a nivel nacional e internacional.
- **Elaborar alternativas** sobre respuestas (de servicios sociales especializados y sanitaria) que podrían necesitar los distintos perfiles: nuevos recursos, continuidad de atención, etc.



2.

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

Metodología



2. Metodología

Se ha seguido un planteamiento metodológico plural basado en la triangulación metodológica, esto es, aplicando técnicas tanto cuantitativas como cualitativas de investigación, e incorporando la revisión bibliográfica, diferenciándose dos perspectivas fundamentales: análisis de fuentes secundarias e investigación empírica.

2.1. Análisis de fuentes secundarias

Como punto de partida del presente estudio, se plantea una **revisión bibliográfica** que facilite un acercamiento al conocimiento disponible sobre el envejecimiento de las personas con problemas de salud mental. La revisión de los estudios y la investigación documental se realizó a través de las bases de datos de Dialnet, Google Scholar y Scielo además del Centro Español de Documentación e Investigación sobre Discapacidad (CEDID). Se han utilizado como palabras clave los descriptores; “problemas de salud mental y/o enfermedad mental” y “envejecimiento y/o personas mayores”; “salud mental y envejecimiento”, “trastorno mental grave y envejecimiento”.

Además, se recopilamos referencias bibliográficas relevantes a partir de los artículos seleccionados e información a partir de literatura gris, como informes, memorias, guías de entidades y planes. Con esta revisión se pretende identificar de forma eficaz una panorámica lo más actual posible de las necesidades, características y perfiles de las personas con problemas de salud mental que están en proceso de envejecimiento.

2.2. Aproximación empírica

Esta aproximación empírica combina, un enfoque de investigación cuantitativo basado en la aplicación de la técnica de encuesta, y un enfoque cualitativo que permite profundizar en los resultados obtenidos en la fase de análisis de fuentes secundarias y de la aplicación de cuestionarios.

Enfoque cuantitativo

Se parte como herramienta fundamental del cuestionario, de carácter estructurado, elaborado ad hoc y con preguntas en su mayor parte cerradas que permiten identificar y caracterizar al colectivo **(personas con problemas de salud mental de 45 años y más)**, así como conocer su situación.

La estructura del cuestionario comprende cuatro grandes bloques:

Bloque 1

Batería de preguntas sobre **variables sociodemográficas** (edad, sexo, lugar de residencia, provincia, zona de residencia, situación de discapacidad y/o dependencia).

Bloque 3

Batería de preguntas que permiten determinar los **servicios** y ayudas que reciben (Servicios del SAAD y/o prestaciones económicas).

Bloque 2

Batería de preguntas sobre **diagnóstico y atención de la salud** (diagnóstico, tipo de medicación, apoyos, atención sanitaria, etc.).

Bloque 4

Este bloque está dedicado de manera específica sobre **inclusión social** (nivel de estudios, situación de actividad, uso habitual de recursos y servicios, situaciones de abuso y/o maltrato).

El diseño del cuestionario contó con la colaboración de los expertos de la Federación Salud Mental Castilla y León y se aplicó por distintos procedimientos buscando conseguir el mayor número de respuestas válidas de la población destinataria de este estudio:

- Cuestionario *online*. Para ello se habilitó una plataforma web.
- Autoadministrado en papel o formato Word: envió por correo electrónico o postal a aquellas personas que así lo precisaran para cumplimentarlo en formato papel.

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 han facilitado distintas vías para responder al cuestionario y se ha contado siempre con el apoyo de la Federación para lograr una muestra representativa.

Se obtuvo un total de **369 respuestas** que debieron ser depuradas para garantizar que éstas representaban a la población objeto de estudio: **personas con problemas de salud mental de 45 años y más**. Así, se eliminaron los cuestionarios de personas que eran menores de esa edad, cuestionarios que no contaran con datos de edad y sexo y/o con cuestionarios que no hubiesen respondido al menos el 80% de las respuestas.

Con esta depuración, el número de cuestionarios válidos es de 328.

Enfoque cualitativo

19 Entrevistas abiertas semi-estructuradas

En tanto **se reconoce en este estudio el protagonismo de las personas con problemas de salud mental sobre su proceso de envejecimiento**, se llevaron a cabo **13 entrevistas abiertas**: 6 a hombres y 7 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.... Por otra parte, se llevaron a cabo **6 entrevistas abiertas a informantes clave** (expertos/as, profesionales, familiares).

Tabla 1 | Entrevistas con personas con problemas de salud mental mayores de 45 años.

Nº	Perfil	Edad (años)	Provincia	Situación
1	Varón	46	Segovia	Con empleo.
2	Mujer	53	Burgos	Con empleo.
3	Varón	52	Ávila	En paro.
4	Mujer	45	Palencia	En búsqueda de empleo.
5	Varón	54	Segovia	Con pensión.
6	Mujer	61	Burgos	Percibe una pequeña prestación.
7	Varón	52	Ávila	Pensión no contributiva.
8	Mujer	45	Burgos	Con pensión.
9	Varón	55	Segovia	En búsqueda de empleo
10	Mujer	56	Burgos	Pensión de orfandad.
11	Varón	55	Ávila	Con pensión.
12	Mujer	61	Burgos	Pensión no contributiva.



Tabla 2 | Entrevistas a otros informantes clave.

Nº	Perfil	Provincia
14	Psiquiatra de Centro Hospitalario y profesor asociado de Universidad.	Valladolid
15	Profesional de trabajo social. Se encarga de la coordinación de distintos programas.	Segovia
16	Profesional de trabajo social. Responsable de un servicio residencial.	Burgos
17	Pareja de una persona con problemas de salud mental.	Ávila
18	Familiar de una persona con problemas de salud mental.	Valladolid
19	Profesional directivo/a de una entidad de familias y personas con problemas de salud mental.	Ávila

Grupos de discusión

Se llevaron a cabo tres 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.

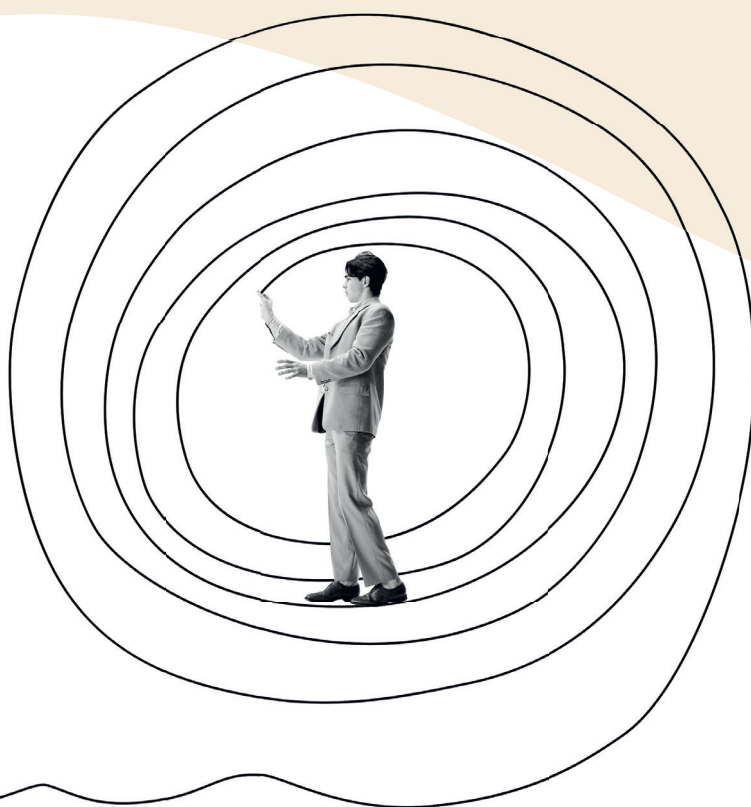
Tabla 3 | Grupos de discusión.

Nº	Grupo	Perfil de integrantes
1	Personas con problemas de salud mental.	3 mujeres y 5 hombres entre 46 y 66 años. Residentes en Burgos, Soria, Salamanca y Valladolid.
2	Familiares de personas con problemas de salud mental de entre 46 y 57 años.	4 mujeres y un hombre (3 madres, un padre y una hermana). Residentes en Segovia, Burgos, Miranda de Ebro y Valladolid.
3	Profesionales de entidades y recursos de atención a personas con problemas de salud mental.	Mujeres profesionales de entidades situadas en: Burgos, Ávila, Palencia, Valladolid, Soria, Zamora, Segovia con distintas responsabilidades de gestión, coordinación, atención directa. Perfiles profesionales (trabajo social, psicología y terapia ocupacional).

3.

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

Marco teórico



3. Marco teórico

3.1. Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 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 el riesgo. Los riesgos pueden aparecer en cualquier etapa de la vida, pero los que sobrevienen durante periodos 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, influenciada 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 y la función cognitiva y 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).

Trastornos mentales

Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. Existen muchos tipos diferentes de trastornos mentales. También se denominan problemas de salud mental, aunque este último término es más amplio y abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva (OMS, 2022).



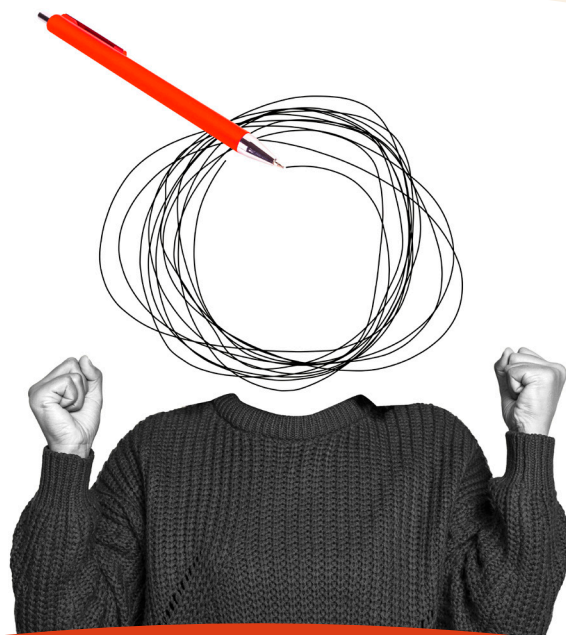
3.2. Envejecimiento y salud mental

La población mundial muestra un incremento progresivo en la tasa de personas mayores, debido a fenómenos relacionados con una mejor atención médica y al incremento en la esperanza de vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento, desde un punto de vista biológico, es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Se ha demostrado que existen otros factores, como los hábitos, la dieta, el estilo de vida, las enfermedades y el medio ambiente pueden influir en la esperanza y calidad de vida (Navaratnarajah y Jackson, 2013).

En este sentido, el envejecimiento debe considerarse como un proceso que puede evolucionar a diferentes velocidades, que se puede favorecer un envejecimiento más saludable y tardío o un envejecimiento prematuro y menos saludable, dependiendo de múltiples factores de la trayectoria vital. Por ejemplo, los trastornos derivados del consumo de alcohol son muy frecuentes entre las personas mayores, especialmente en hombres, y concretamente aquellos que padecen exclusión social y viven solos. El uso abusivo del alcohol está asociado con el deterioro generalizado de la salud física, psicológica, social y cognitiva (O'Connell et al., 2003).

La presencia de patologías puede provocar daños físicos y emocionales en la salud, causando una dependencia e impidiendo el adecuado desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso de cambios físicos, emocionales y en ocasiones sociales, en el que puede o no existir la presencia de enfermedades crónicas, mentales e incapacidad funcional, relacionadas con el estilo de vida y factores ambientales. Se presenta un deterioro lento y continuo, gradual e irreversible de carácter biológico, psicológico y social, sin embargo, puede continuar con su ciclo vital de manera activa y encontrar sentido a éste para poder lograr un equilibrio en su calidad de vida y bienestar (Hecheverría, 2018).

El **bienestar psicológico** es tan importante como el físico, desempeñando un papel relevante en la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Por esto, la integración de factores multidimensionales de corte social junto al desarrollo de capacidades físicas ofrece una mejora considerable en el camino hacia un mejor desarrollo y una salud integral (Whitney et al., 2019). El bienestar, conforme a la OMS (2020), es el disfrute máximo de la salud física, mental y social que una persona puede lograr, sin importar la raza, religión o condición social. El estudio de Mesa Fernández et al. (2019) muestra que el bienestar psicológico en personas mayores no dependientes se encuentra estrechamente asociado a la autoestima y la autoeficacia (capacidad para controlar el proceso de envejecimiento) antes que a la edad de las personas; junto con la autoestima y la autoeficacia, una buena salud percibida y la actividad física son determinantes en el nivel de bienestar psicológico. Petretto et al. (2016) cita tres factores importantes dentro del envejecimiento exitoso: la autonomía, cuando la persona mayor es capaz de tomar decisiones personales, la independencia, cuando la persona aún tiene destreza para realizar actividades cotidianas, y la calidad de vida, acorde a la percepción individual en relación con su propia vida.



Otro componente de gran impacto sobre la vida de las personas es el bienestar social. Un adecuado **bienestar social** produce efectos positivos, reduciendo el riesgo de mortalidad, de desarrollar enfermedades cardiovasculares, mortalidad por cáncer y de declive funcional (Levasseur et al., 2004). Por otra parte, una calidad de vida deteriorada afecta al funcionamiento social, ya que se produce una tendencia al aislamiento y que las personas se retiren de sus actividades sociales cotidianas, afectando a su estado emocional y de salud. El aislamiento y la falta de apoyo social son factores de riesgo, provocando estrés agudo y crónico, afectando a factores biológicos y de comportamiento. Esto produce efectos negativos a largo plazo sobre la salud, aumentando la susceptibilidad a enfermedades, disminuyendo la calidad de vida e incrementando el riesgo de muerte prematura. Es decir, la falta de apoyo social y el aislamiento son factores productores de estrés, lo que se asocia con efectos negativos sobre el sistema inmune, los procesos metabólicos y el sistema cardiovascular, así como distintos comportamientos relacionados con la salud (White et al., 2009).

El apoyo social y la calidad de vida se complementan, lo que significa que mejores niveles de apoyo social se asocian con mejor calidad de vida y una menor presencia de sintomatología depresiva (Gallegos et al., 2009). Por tanto, las personas mayores que tienen un mejor apoyo social y una red social amplia mantienen un nivel de bienestar y calidad de vida mayor en relación con aquellas personas que mantienen vínculos sociales muy reducidos.

Por otra parte, la **soledad** tiene una influencia concreta en el bienestar psicosocial de las personas mayores, estando también relacionada con las enfermedades crónicas y deficiencias en la salud. En los países occidentales la soledad tiene una prevalencia de entre el 24% y el 40% en personas mayores de 65 años, que además aumenta aún más con mayor edad (Gené-Badia et al., 2020). Por ejemplo, en España, en el año 2020, había 4.849.900 personas viviendo solas; el 43,6% eran personas mayores de 65 años, sobre todo mujeres (INE, Encuesta Continua de Hogares, 2020). Ahora bien, la soledad es una epidemia que puede afectar a personas de cualquier edad, siendo un problema de salud pública prioritario, con consecuencias a nivel emocional, mental, social y en la salud física. La soledad y el



aislamiento social son factores de riesgo de mortalidad prematura en magnitud similar al tabaquismo y la obesidad, además del aumento en el uso de servicios sanitarios y sociales en las personas más mayores, independientemente de su estado de salud (Aoki et al., 2018).

Pedrero-Pérez et al., (2023) explican que las personas que se sienten solas tienen cuatro veces más probabilidades de desarrollar síntomas de mala salud mental, recibir diagnósticos de ansiedad o depresión, y ser prescritos psicofármacos. La soledad empeora la salud mental, conllevando mayor prescripción de fármacos, lo que incrementa la sensación de soledad, esto se convierte en un círculo vicioso de difícil salida. Sugieren que el abordaje farmacológico no resuelve el problema de la soledad y puede agravarlo, destaca la necesidad de intervenciones que promuevan cambios cognitivos y sociales.

Los factores de riesgo para la soledad o el aislamiento que los estudios describen son la viudez, la soltería, vivir solo/a, tendencia a la vida solitaria, baja calidad de las relaciones interpersonales, la edad avanzada, un bajo nivel de estudios y recursos económicos bajos. También se asocia a depender de otras personas para las actividades de la vida diaria, no colaborar en la cohesión social y no disfrutar de los espacios públicos. La soledad se relaciona con problemas de salud mental como la depresión, baja autoestima, ansiedad, estrés, psicosis, demencia incipiente, trastornos del sueño y pensamientos suicidas en adultos mayores (Lara et al., 2019).

La salud de las personas mayores no debe valorarse únicamente desde la ausencia de patologías, sino en términos de funcionalidad, determinando la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades que le permitan alcanzar un bienestar integral, centrado en una buena calidad de vida y una estrecha relación con la salud mental. Según la Encuesta Europea de Salud en España de 2020, las enfermedades crónicas afectan a más del 54% de la población, con especial prevalencia en personas mayores de 65 años, donde el porcentaje sube al 85,23% en mujeres y al 78,15% en hombres. En personas mayores de 85 años, en ambos sexos, alcanza un promedio del 92%.

Está demostrado que existe una comorbilidad significativa entre los trastornos de salud mental y las afecciones físicas crónicas, como las lesiones recurrentes (por ejemplo, caídas), las enfermedades accidentales cardiovasculares y el dolor crónico. A su vez, los trastornos mentales repercuten en la discapacidad, la evolución de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y el riesgo de mortalidad prematura. Es tan alto el impacto incapacitante de los problemas de salud mental en las actividades de la vida diaria como el de algunos trastornos crónicos, como la artritis reumatoide. Las mujeres mayores tienen más probabilidades que los hombres de experimentar efectos negativos en las actividades sociales causados por sus problemas de salud física o mental (Jané- Llopis y Gabilondo, 2008).

Se observa una prevalencia de la ansiedad y depresión relevante con el aumento de la edad en personas mayores, manifestándose con más frecuencia en las últimas etapas de la vida. La depresión afecta especialmente a la población con más de 65 años debido a esa tendencia a la soledad, falta de mecanismos de afrontamiento, hábitos poco saludables y la falta de una red de apoyo social. Hay ciertos grupos de población que tienen más riesgo de padecer problemas de salud mental: mujeres,



personas que viven solas, personas con enfermedades físicas y personas con alguna discapacidad. Más allá del impacto en la calidad de vida, la depresión en la población de mayores es un factor de riesgo de su capacidad funcional y puede anunciar una mortalidad prematura. 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 de tener limitaciones en sus actividades diarias, si se compara con grupos más jóvenes (Demyttenaere, 2006).

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto la existencia de diversos factores ambientales de riesgo implicados en la etiología de la depresión, como los acontecimientos vitales estresantes, el aislamiento social, el abuso físico o emocional en la infancia y el consumo de sustancias. Muchos de estos factores de riesgo se relacionan con graves impactos en el desarrollo cerebral, dando lugar a cambios estructurales y funcionales que pueden llegar a mantenerse a lo largo de toda la vida (Otte et al., 2016).

Nagusi 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 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.

Según la OMS (2021), cada año se suicidan 800.000 personas, siendo esta la principal causa de decesos en la población mayor de 70 años. En números relativos, las tasas son hasta ocho veces mayores en personas mayores que en otros grupos de edad, debido al uso de metodologías más letales (Álvarez et al., 2020). Los sentimientos de la persona que se suicida suelen hacer referencia a la soledad, el abatimiento y el vacío. Si ya es escasa la explotación del tema a nivel de investigación, aún lo es más en la literatura científica relacionada con el suicidio en las personas mayores (Ko et al., 2021). Presentar un problema de salud mental es un factor determinante, especialmente padecer un trastorno depresivo mayor, un trastorno por ansiedad o ambos. Cabe señalar que a medida que aumenta la edad, se incrementa la probabilidad de padecer dichos trastornos, siendo estos el principal factor de riesgo para el suicidio en los adultos mayores (Bethancourt et al., 2015).

3.3. Envejecimiento de las personas con problemas de salud mental.

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 que 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 la aparta de la sociedad, del mercado de trabajo y 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.

Un estudio del King's College de Londres demuestra que las personas con antecedentes de trastornos de salud mental, como depresión, trastorno bipolar o trastornos de ansiedad, tienen marcadores sanguíneos que indican que son biológicamente mayores que su edad real. Estas personas suelen tener una esperanza de vida más corta y una mayor incidencia de enfermedades relacionadas con la edad en comparación con la población general*.

La esperanza de vida en personas con esquizofrenia está reducida en aproximadamente un 20% en comparación con la población general (Hennekens et al., 2005). Se debe principalmente a 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.,

* Las personas con enfermedad mental tienen cuerpos biológicamente más viejos que su edad real.

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 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 esta 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 que la expectativa ha mejorado. 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 facilitando el acceso a servicios de salud y oportunidades sociales. Por otro lado, el aumento de la concienciación sobre la importancia de la salud mental, lo que lleva 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 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. Entre los datos a destacar se cuentan: la mayoría de estas personas enfrentaban dificultades importantes en áreas como las interacciones personales y el autocuidado. Además, muchas presentaban otras patologías crónicas, como enfermedades endocrinas y cardiovasculares. Un 30% de estas personas presentaba al menos otra discapacidad no derivada del trastorno mental grave.

El estudio 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 ha sufrido alguna vez abuso o maltrato, mayoritariamente por parte de sus parejas. Se apuntaron como propuestas para la mejora de atención de este colectivo: la profesionalización de la atención psicogeriátrica, 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 que otras mujeres, esto 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 en 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 menopáusica, 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, M., *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 plantearon diseñar una Escala que permitiera detectar de manera válida, fiable y eficiente el riesgo psicosocial asociado al envejecimiento de este colectivo, en concreto, la Escala de Riesgo Psicosocial se propone como un instrumento que debe ser aplicable a la población de Castilla y León y de uso breve 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, ocupación. Las puntuaciones de la Escala van del 0 al 4 (0 equivale a la necesidad no está cubierta y 4 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; disponer de alternativas residenciales apropiadas para personas con enfermedad mental incluida la edad geriátrica.

3.4. Envejecimiento Activo/saludable. *Una propuesta para la intervención*

El concepto de “**Envejecimiento Activo**” se incorporó como perspectiva por la II Asamblea del Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), entendiéndolo como un proceso que persigue optimizar oportunidades en distintas dimensiones (salud, participación y seguridad) con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

En el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015), la OMS reorientó la estrategia en materia de envejecimiento a través del modelo conceptual del **envejecimiento saludable**, definido como “*el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez*” (OMS, 2015: 35; 2020: 3). La **capacidad funcional** viene determinada por la **capacidad intrínseca** de una persona (la combinación de todas las capacidades físicas, mentales y psico-sociales) y de los entornos en los que vive (en el más amplio sentido, que incluye los **entornos** físicos, sociales y normativos).

El envejecimiento saludable abarca la vida entera y su fomento incluye medidas a cualquier edad. Toma como punto de partida la **diversidad de las poblaciones mayores** (“no existe una persona mayor típica”), con diferentes capacidades físicas y mentales. Parte de ellas pueden requerir ayuda de terceras personas para realizar determinadas actividades.

El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población, que tiene en cuenta la sociedad e incluye el objetivo de construir un mundo favorable a las personas mayores, requiere transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores. Entre las líneas de acción prioritarias en materia de envejecimiento saludable se cuentan (OMS, 2015):

- Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente.
- Crear sistemas de cuidados a largo plazo.
- Crear entornos amigables con las personas mayores.
- Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión.

El concepto de envejecimiento saludable está alineado con la visión actual de la discapacidad, entendida como la interacción entre las personas y sus entornos. Este enfoque incluye la consideración de factores como el género, el nivel socioeducativo, la etnia, entre otros, que pueden marcar grandes desigualdades en las trayectorias de participación/envejecimiento saludable.

3.5. Salud Mental y envejecimiento en Castilla y León

El envejecimiento a escala mundial es una realidad incuestionable y se trata de una tendencia especialmente acentuada en los países occidentales. En España la esperanza de vida es de 80,3 años para los hombres y de 86,1 años para las mujeres, y se estima que en 2050 más de un 30,4% de la población tendrá más de 65 años y un 11% aproximadamente más de 80 años (INE, 2022). Estos datos justifican la necesidad de planificar medidas que promuevan el envejecimiento activo y saludable.

Castilla y León es una comunidad en la que esta situación incide con una mayor intensidad debido, entre otras razones, a la extensión del territorio, la dispersión poblacional, el alto índice de envejecimiento y concretamente el envejecimiento del entorno rural. La Comunidad ocupa el segundo puesto entre las comunidades autónomas más envejecidas de España. Aproximadamente el 26% de los castellanos leoneses tiene más de 65 años, además de una proporción similar para personas mayores de 80 años, superando ampliamente tanto el dato estatal (19,4%) como el europeo (20,6%).

Tabla 4 | Población de Castilla y León por provincias y grupos de edad (%) (2022).

Provincia	Población Total	Distribución porcentual por grupos de edad						
		0 a 14 años	15 a 29 años	30 a 44 años	45 a 59 años	60 a 74 años	75 a 89 años	90 años y más
Ávila	158.140	11,5%	13,5%	17,2%	23,5%	19,8%	12,0%	2,5%
Burgos	355.045	12,3%	13,6%	18,1%	23,9%	19,3%	10,7%	2,2%
León	448.179	10,2%	12,2%	17,5%	23,8%	20,8%	12,9%	2,6%
Palencia	158.008	10,9%	12,8%	17,8%	23,4%	21,4%	11,3%	2,4%
Salamanca	325.898	10,9%	13,6%	17,2%	23,4%	19,6%	12,7%	2,6%
Segovia	153.803	12,5%	14,8%	18,2%	24,2%	17,9%	10,3%	2,1%
Soria	88.377	11,9%	14,1%	17,6%	23,3%	18,5%	11,8%	2,8%
Valladolid	517.975	12,5%	13,5%	18,3%	24,5%	19,1%	10,5%	1,6%
Zamora	167.215	9,0%	11,9%	16,5%	22,9%	21,6%	15,1%	3,1%
Total	2.372.640	11,4%	13,2%	17,7%	23,8%	19,8%	11,8%	2,3%

Fuente: INE, Estadística del Padrón Continuo (2022).



En Castilla y León el 82% del territorio aproximadamente es considerado rural, con 2.206 municipios de menos de 2.000 habitantes, en la mayoría de los cuales no se alcanza el millar de población (González-Iglesias, 2022), donde vive el 41% de la población total y el resto se concentra en 42 municipios de ámbito urbano. La población rural es principalmente anciana, siendo una de las regiones españolas con mayor índice de envejecimiento y más rápido decrecimiento. A la mortalidad de los habitantes envejecidos de las áreas rurales se suma la emigración de la población cualificada de la comunidad autónoma, señalando la falta de servicios de salud y de población joven (González-Leonardo y López-Gay, 2021). Por lo tanto, en Castilla y León existe un importante problema de acceso desigual a las infraestructuras sanitarias, en especial a las hospitalarias, al no existir una red asistencial que llegue con la misma frecuencia y calidad a todos los rincones de la región. El problema de accesibilidad se agrava debido a elementos como el envejecimiento de la población, las áreas rurales dispersas por el territorio, su extensión y una mala comunicación o conexión con núcleos de población más grandes.

De acuerdo con el Plan de acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social (2022-2025), con el aumento de la edad aumenta el porcentaje de personas que viven solas. Esta realidad afecta a cerca de la tercera parte de las personas mayores de Europa y a la cuarta parte de las personas mayores de España. En el caso concreto de Castilla y León, el porcentaje alcanza el 25,5% de las personas mayores. En 2020 el 29,9% de los hogares de Castilla y León eran unipersonales, de los cuales aproximadamente la mitad estaban habitados por una persona mayor, y las estimaciones del INE auguran que en 2035 este porcentaje será del 34,6%. Es importante indicar que esta situación afecta especialmente a las mujeres mayores, puesto que el 30,8% de las mujeres viven solas frente al 19,1% de hombres.

El V Estudio Salud y Vida realizado en 2022, publicado por AEGON y el Consejo General de Psicología de España, analiza la percepción del estado de salud, estilo de vida, hábitos y conductas relacionados con el bienestar emocional de la población por comunidades autónomas. Un 79% de las personas encuestadas en Castilla y León afirmaron haber tenido algún síntoma relacionado con la ansiedad y/o la depresión, siendo más frecuente en mujeres, personas sin hijos, personas que han perdido su trabajo y cuya situación económica ha empeorado. Castilla y León se encuentra, junto a Extremadura y Castilla La Mancha, en el grupo de comunidades donde se encontraron más personas encuestadas con síntomas de depresión, un 29,7%, un dato superior en comparación con el nacional, que arroja un 22,9%. En comparación con el dato de 2021, la cifra crece 6,2 puntos y expone que más de una de cada cuatro personas podría presentar una sintomatología vinculada a la depresión.

Por lo que respecta a los síntomas relacionados con la ansiedad, en Castilla y León el dato es de un 31,9%, cuando en 2021 estaba en el 28%. Se encuentra también por encima de la media del país con un 27%, es decir, más de una de cada cuatro personas encuestadas. En cuanto a las personas con ideación suicida, Castilla y León pasa de tener un 15,5% en 2021 a un 19,2% en 2022, aunque se encuentra ligeramente por debajo de la media de España con un 20%.

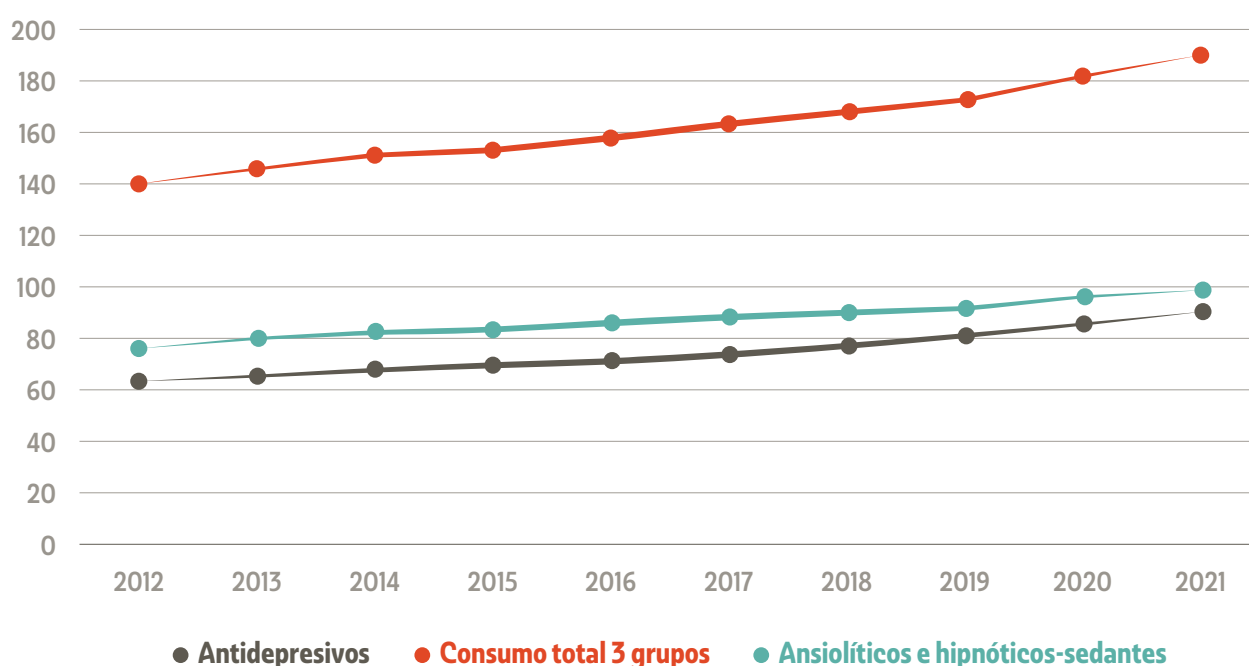
En 2022, en Castilla y León se suicidaron 242 personas, un 2,5% más que en el año anterior, según los últimos datos del INE sobre causas de defunción. Del total de suicidios en la comunidad autónoma, el

71% fueron hombres y el 29% mujeres, siendo la franja de edad con mayor incidencia, de casi el 50%, la situada entre los 45 y los 59 años.

Por otra parte, en la región el consumo tanto de antidepresivos como de ansiolíticos es mucho mayor en personas mayores, siendo frecuente el uso de ambos tipos de fármacos para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio (Milán de Paz, 2023). Las personas de edad avanzada son más vulnerables a los riesgos asociados al uso de estos medicamentos, los cuales son prescritos de forma inadecuada y generalizada. Además, el estudio de Martínez-Cengotitabengoa et al. (2018) expone una estrecha relación entre el consumo de antidepresivos y caídas, sobre todo en personas mayores. Demuestra cómo el periodo de mayor riesgo de caídas se encuentra en las primeras semanas del inicio de un tratamiento con antidepresivos.

Milán de Paz (2023) analizando los datos de CONCYLIA, el sistema de información sobre la prestación farmacéutica de medicamentos dispensados en Castilla y León, encuentra que en el año 2012 se vendieron, con cargo al Sacyl, 5.182.477 envases de medicamentos ansiolíticos, hipnótico-sedantes y antidepresivos. En el año 2021, la cifra de envases vendidos aumento hasta los 6.572.191 envases. En la Gráfica 1 se expone la evolución del consumo de fármacos antidepresivos, ansiolíticos e hipnótico-sedantes, expresado en número de dosis diarias por cada 1.000 habitantes y día.

Gráfica 1 | Evolución del consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnótico- sedantes entre 2012 y 2021 en Castilla y León





En el caso de las personas con enfermedad o trastorno mental, las necesidades y problemáticas son múltiples y complejas, desbordando la esfera de lo sanitario y alcanzando dimensiones psicosociales. La atención a este colectivo exige organizar y articular un sistema de soporte comunitario a través de una red integral de programas y servicios sociosanitarios, que cubran sus diferentes necesidades (atención a la salud mental, atención en crisis, rehabilitación psicosocial y laboral, alojamiento y atención residencial, apoyo a la autonomía personal, apoyo a las familias, apoyo económico, etc.), que posibiliten su atención y el soporte social a su integración en la comunidad de un modo lo más autónomo posible (Federación Salud Mental Castilla y León, 2019).

Muchas de estas personas presentan diversas demandas para poder atender autónomamente sus necesidades de alojamiento y convivencia, para poder acceder y mantenerse en una vivienda digna, adecuada a sus necesidades. Alrededor del 90% de las personas con problemas de salud mental vive con sus familias de origen, generalmente sus progenitores, ya con una edad avanzada, y que en muchos casos viven situaciones de tensión y sobrecarga. El rol de la cuidadora principal recae mayoritariamente sobre las mujeres, ya sean madres o hermanas, que asumen dicho rol como eje prioritario en su vida (Federación Salud Mental Castilla y León, 2018). Todas estas dificultades, junto con una situación de insuficiente provisión de servicios de apoyo comunitarios, contribuyen a generar un conjunto de consecuencias negativas de cara a la atención e inclusión, como son:

- Un uso inapropiado de la atención sanitaria y la atención especializada hospitalaria.
- Incremento de reingresos hospitalarios, dando lugar al fenómeno de la puerta giratoria.
- Sobrecarga y tensión familiar relacionada con los cuidados.
- Dificultades de integración social y comunitaria.
- Elevadas tasas de desempleo e inactividad.



- Dificultades de acceso a una vivienda y a recursos económicos básicos que aseguren una vida independiente, acorde a sus necesidades.
- Incremento del riesgo de indigencia de las personas con problemas de salud mental que no tienen ayuda familiar ni una red social de apoyo, dando lugar a un alto riesgo de exclusión social.

Por estos motivos, es necesario fomentar los sistemas de apoyo en la comunidad desde la óptica de los derechos humanos y la vida independiente, con servicios como el de la asistencia personal. El Servicio de Asistencia Personal garantiza los apoyos necesarios para tener una vida independiente, ofrece soluciones flexibles, personalizadas y adaptadas a las necesidades y expectativas de las propias personas, mediante la figura de la asistencia personal (Federación Salud Mental Castilla y León, 2019).

3.6. Las personas con discapacidad a consecuencia de enfermedad mental en Castilla y León, aproximación demográfica.

De acuerdo con los datos de 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. 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), superando ampliamente tanto el dato estatal (19,4%) como el europeo (20,6%).

Tabla 5 | 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.

En relación con la distribución territorial, 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 6. Castilla y León, 2022.
Personas con discapacidad a consecuencia de enfermedad mental* por sexo y provincia.

Provincia	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.



7. Castilla y León, 2022.

Personas con discapacidad a consecuencia de enfermedad mental* por tipo de hábitat y provincia.

Provincia	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.

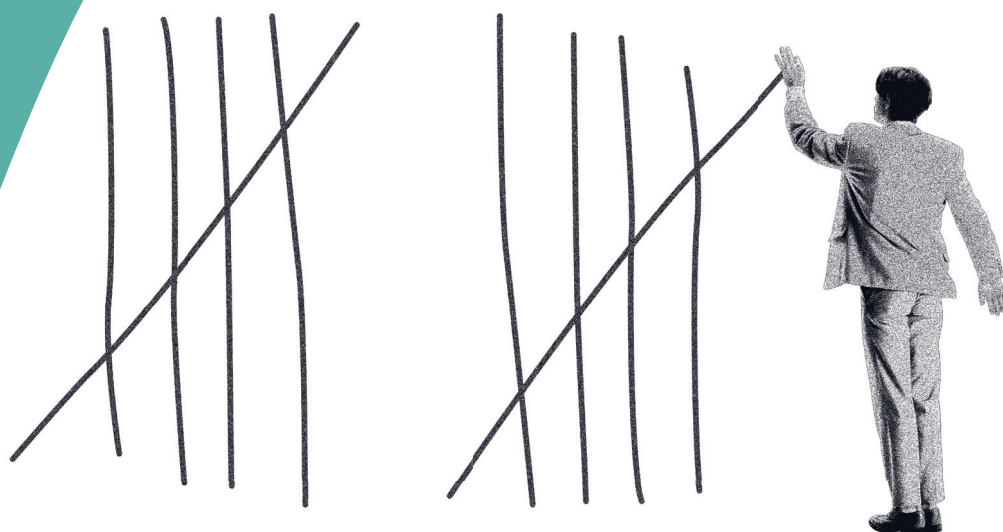
Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.



4.

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

Contexto político-normativo



4. Contexto político-normativo

4.1. Ámbito europeo

En junio de 2023, la Comisión Europea adoptó la Comunicación sobre **un enfoque global de la salud mental**^{*}. Este nuevo enfoque debe reconocer la influencia de los **factores biológicos y psicológicos**, así como la importancia de la familia, la comunidad, la economía, la sociedad, el medio ambiente y la seguridad. Además corresponde tener en cuenta la interacción entre distintas variables. Se reconoce que la salud mental afecta múltiples ámbitos políticos como el empleo, la educación, la investigación, la digitalización, la planificación urbana, la cultura, el medio ambiente y el clima. Este enfoque intersectorial tiene por objeto equiparar la salud física y la salud mental y basa su actuación en tres principios rectores: i) tener acceso a una **prevención** adecuada y eficaz, ii) tener acceso a una **asistencia sanitaria y un tratamiento mentales asequibles y de alta calidad**, y iii) la **reinserción** en la sociedad tras la recuperación psíquica.

La Comisión ha dispuesto 1.230 millones de euros de financiación de la Unión Europea (UE) y 20 iniciativas. **Las actuaciones concretas cubrirán un amplio ámbito de políticas e incluirán esfuerzos por:**

- **Promover una buena salud mental** por la vía de la prevención y la detección temprana, especialmente a través de una iniciativa europea de prevención de la depresión y el suicidio, un Código europeo de salud mental y el refuerzo de la investigación sobre la salud cerebral.
- **Invertir en formación y desarrollo de capacidades** que potencien la salud mental en todas las políticas y mejoren el acceso a los tratamientos y la atención sanitaria. Las acciones incluirán programas de formación e intercambio para los profesionales y ayuda técnica para las reformas de la salud mental a escala nacional.
- **Procurar que haya una buena salud mental en el trabajo** mediante la sensibilización y la mejora de la prevención. Para ello se recurrirá, por ejemplo, a campañas de sensibilización en la UE a cargo de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, y a una posible iniciativa de la UE en el futuro sobre los riesgos psicosociales en el trabajo.
- **Proteger a los menores y a los jóvenes durante sus años más vulnerables y formativos**, con un trasfondo de presiones y retos en aumento. Las medidas incluyen una red de salud mental infantil y juvenil, un conjunto de herramientas de prevención para niños centradas en los principales determinantes de la salud física y mental, y una mejor protección en línea y en las redes sociales.

^{*} *Comisión Europea (2023) Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre un enfoque global de la salud mental. Bruselas. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52023DC0298>.*



- **Prestar especial atención a los grupos vulnerables**, ayudando de forma específica a las personas más necesitadas, como las **personas mayores**, las personas en situaciones económicas o sociales difíciles y las poblaciones de inmigrantes o refugiados. Se incidirá especialmente en las poblaciones afectadas por conflictos, en particular en las personas (y especialmente los niños) desplazadas de Ucrania y en los niños ucranianos sometidos al trauma de la guerra.
- **Predicar con el ejemplo en el ámbito internacional** mediante la sensibilización y realizar una contribución de calidad en el terreno de la salud mental en situaciones de emergencia humanitaria.

En relación con el envejecimiento y/ o las personas mayores, la Comisión se plantea estas acciones:

- **Acceso a los servicios:** Garantizar que los **servicios de salud mental, sociales y de cuidados de larga duración** sean accesibles, asequibles, integrados y basados en la comunidad. “Las personas con problemas de salud mental en la Unión Europea a menudo no tienen un acceso fácil e igualitario a la ayuda, y esto conlleva costes que no son asumibles para muchas personas. Existen disparidades entre los Estados miembros y dentro de ellos en lo que respecta a la capacidad de los sistemas sanitarios para atender las necesidades de las personas con problemas de salud mental. Las desigualdades relacionadas con el género, la etnia, la ubicación geográfica (incluida la brecha entre las zonas urbanas y rurales), la educación y la edad tienen unas repercusiones importantes en la salud mental de la población y en su acceso a una atención adecuada...”
- **Empoderamiento para una Vida Saludable:** Fomentar que las personas mayores lleven vidas saludables y activas, gestionen su propia salud mental, aumenten sus interacciones sociales y combatan la soledad. Deben fomentarse soluciones creativas, como las viviendas intergeneracionales.
- **Sensibilización sobre la Soledad:** Sensibilizar sobre la necesidad de abordar la soledad y el aislamiento social para promover una buena salud mental.
- **Recopilar datos sobre el estado de salud mental.** Se anima a los Estados miembros a recopilar datos sobre el estado de salud mental de las personas en situación de vulnerabilidad.
- **Acceso a Herramientas Digitales:** Facilitar el acceso a herramientas digitales cuya funcionalidad está demostrada para las personas mayores, a fin de mejorar su salud mental y ayudarles a participar en la vida social.



4.2. Ámbito estatal

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026

La Estrategia tiene como propósito servir como herramienta para **mejorar la salud mental de la población, atender de forma integral a las personas con problemas de salud mental** desde una **perspectiva de derechos humanos**, apoyando a sus familias y promoviendo un modelo de atención integral y comunitarios que favorezca la recuperación e inclusión social.

La Estrategia plantea 10 líneas estratégicas de acción:

Línea estratégica 1

Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona.

Línea estratégica 2

Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental.

Línea estratégica 3

Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.

Línea estratégica 4

Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.

Línea estratégica 5

Salud mental en la infancia y en la adolescencia.

Línea estratégica 6

Atención e intervención familiar.

Línea estratégica 7

Coordinación.

Línea estratégica 8

Participación de la ciudadanía.

Línea estratégica 9

Formación.

Línea estratégica 10

Investigación, innovación y conocimiento.



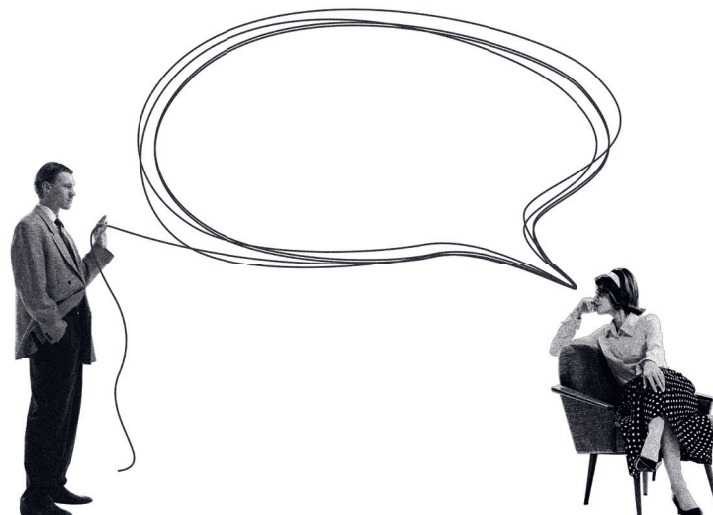
La Estrategia considera relevante atender a las situaciones diferenciadas entre varones y mujeres, es decir, mantener en todas sus líneas estratégicas una **perspectiva de género** que permita adecuar los programas y servicios de salud mental a estas situaciones diferenciadas.

En relación con las personas mayores, se plantean como objetivos específicos:

- 1.1.11. Diseñar las políticas de salud públicas teniendo en cuenta la perspectiva de género y su diferente impacto sobre la salud mental de hombres y mujeres, personas con discapacidad ... y personas mayores.
- 3.1.2. Detectar precozmente y prevenir el riesgo suicida.
 - Intervenir en colectivos vulnerables según sus necesidades específicas como son: personas mayores, con especial atención a aquellas que se encuentran en una situación de soledad no deseada ...
- 7.2.1. Implementar con otros organismos, organizaciones y redes asociativas, programas transversales y específicos.

Respecto al envejecimiento, se plantea como objetivo específico:

- 4.3.1. **Sensibilizar a profesionales y equipos** sobre la aparición de **nuevas fragilidades vinculadas a cuestiones sociales** (... incremento de personas que viven en soledad, envejecimiento de la población...) **que pueden tener efectos determinantes sobre la aparición del sufrimiento psíquico y los problemas de salud mental** (como por ejemplo, trastornos de personalidad, patología dual o primeros episodios psicóticos, entre otros).



4.3. *Ámbito autonómico*

ACUERDO 66/2016, de 27 de octubre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental.

El objetivo del modelo integrado de atención sociosanitaria es posibilitar la permanencia de las personas con discapacidad por enfermedad mental en su entorno habitual, a través de la utilización de los recursos comunitarios disponibles, articulando de forma coordinada las intervenciones sanitarias y sociales, para lograr su inclusión en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Entre los principios rectores de este modelo están: la atención centrada en la recuperación de la persona; la continuidad de la atención y los cuidados; la autonomía; la inclusión y participación en la comunidad; equidad; calidad; accesibilidad y un sistema de apoyos personalizados. El funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria comprende cuatro fases: 1) detección de la necesidad; 2) valoración de las necesidades; 3) asignación de prestaciones sociales y 4) seguimiento de las mismas.

Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024-2030

La Estrategia tiene como propósito mejorar la salud mental de los castellanos y leoneses, con un enfoque integral, adaptando la asistencia, el apoyo, la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad a las características poblacionales, geográficas y de recursos de la Comunidad. Se articula en **siete líneas estratégicas** ordenadas según las prioridades percibidas por profesionales de la asistencia sanitaria y social de Castilla y León, así como de asociaciones de personas con problemas de salud mental y familiares.*

1. Conductas suicidas.
2. Trastorno mental común y atención primaria.
3. Salud mental en la infancia y la adolescencia.
4. Trastorno mental grave.
5. Trastorno mental y adicciones.
6. Salud mental en grupos de mayor vulnerabilidad (discapacidad intelectual, personas en exclusión social, personas con diversidad de identidad de género, trastornos mentales y violencia de género).
7. Salud mental de las personas mayores.

* Para determinar los puntos clave de la Estrategia, se envió una encuesta online sobre priorización de actuaciones en salud mental a profesionales del sistema de salud de Castilla y León, principalmente de Salud Mental y AP, así como de otras Administraciones, del tercer sector y a pacientes y familiares. La encuesta tuvo una participación de 500 individuos y representación de todas las áreas y perfiles profesionales de Salud Mental.



Estas líneas estratégicas cuentan a su vez con **5 líneas transversales** que orientan la acción: humanización, digitalización, coordinación, promoción y prevención, y gestión del conocimiento. La Estrategia mantiene como **principios** comunes la **eliminación del estigma** y de cualquier forma de discriminación y vulneración de derechos, la **participación de las personas con problemas de salud mental** en el ejercicio de sus derechos y en la toma de decisiones, la **eliminación/ disminución de las contenciones, la intervención comunitaria**, la **coordinación** entre administraciones y dispositivos y la **formación e investigación**.

La **línea estratégica 7 dedicada a la salud mental de las personas mayores** reconoce la situación sociodemográfica de Europa y España caracterizada por el envejecimiento de la población, especialmente en las zonas rurales. En Castilla y León esta circunstancia se produce de manera más intensa debido a factores como la extensión territorial, la dispersión poblacional, el alto índice de envejecimiento, la baja natalidad y la creciente esperanza de vida, lo que provoca un aumento del número de personas mayores viviendo solas, muchas de ellas viudas.

En este contexto se plantean distintos objetivos y acciones agrupadas de acuerdo con las líneas transversales con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

1. Humanización de la atención a la salud mental: Garantizar el respeto a los derechos y preferencias en la atención a las personas mayores con diagnóstico de trastorno mental, su accesibilidad a los servicios sanitarios y luchar contra el estigma, promoviendo la sensibilidad social en relación con la salud mental de este colectivo. Entre las acciones previstas se encuentran:

- Campañas de sensibilización para concienciar a la población sobre las barreras que afrontan las personas mayores con problemas de enfermedad mental.
- Reducción y minimización de las medidas de aislamiento y contención en las personas mayores, especialmente en aquellas atendidas en recursos de psiquiatría y salud mental.
- Definición y consenso de un protocolo de Planificación Anticipada de Decisiones.
- Desarrollo de programas de psicogeriatría para el apoyo y coordinación con recursos sociosanitarios y residenciales en la atención a personas mayores con problemas de salud mental.



2. Promoción de la salud mental y prevención: Promover la salud mental de las personas mayores a través de actuaciones de envejecimiento activo y saludable, tanto en entornos comunitarios como institucionales y prevenir problemas de salud mental en la persona mayor a través de una detección precoz de factores de riesgo y medidas de reducción de riesgos de enfermedad. Acciones que se plantean en este ámbito de la prevención:

- Realización de actividades psicoeducativas en la comunidad de la salud mental.
- Realizar un cribado en personas mayores de 70 años sobre trastornos mentales que permitan una actuación precoz desde Atención Primaria.
- Valoración precoz de sintomatología de trastornos mentales asociados a la edad y a posible discapacidad en personas adultas y mayores.
- Detección de violencia y abuso en personas mayores mejorando los métodos de cribado y de diagnóstico precoz de los trastornos psicogerítricos en todos los niveles asistenciales.
- Instaurar un Programa de Vigilancia Farmacológica.

3. Continuidad asistencial y coordinación: Garantizar una atención integral a las personas mayores con diagnóstico de trastorno mental desde los distintos recursos asistenciales con perspectiva biopsicosocial, promoviendo la permanencia en su entorno, siempre que sea posible y sea su deseo, con la coordinación de todos los profesionales implicados en los diferentes niveles asistenciales.

- Elaboración de protocolos para la atención a personas mayores con diagnóstico de trastorno mental, que incluyan sistemas de coordinación entre distintos niveles asistenciales, con la inclusión de la perspectiva de género.
- Promoción de unidades funcionales de deterioro cognitivo.
- Promoción de las unidades y consultas de Psicogeriatría.
- **Continuidad asistencial a personas con patología mental crónica** desde edades tempranas adultas, susceptibles de sufrir un deterioro más acelerado y/o anticipado y con largos periodos de ingresos a lo largo de su vida.
- Integrar las actuaciones de los servicios sanitarios y sociales a través de programas de atención psicogerítricos.



4. Digitalización y sistemas de información: Establecer sistemas de información conectados entre el sistema sanitario y los recursos de Servicios Sociales para favorecer la continuidad asistencial.

- Adecuación de los sistemas de información y de acceso digital en los centros sociosanitarios para que la atención pueda ser continua, integral e integrada.
- Aplicación de programas de revisión de medicación y conciliación de psicofármacos en personas mayores con trastorno mental.
- Fomentar las consultas de telepresencia para personas mayores con trastorno mental y dificultades de desplazamiento.

5. Gestión del conocimiento: Emprender acciones formativas sobre los problemas y trastornos mentales en las personas mayores dirigidas a los profesionales que trabajan con las personas mayores y a las familias y personas cuidadoras, y fomentar la investigación sobre temas relacionados con los trastornos mentales en la vejez.

- Desarrollo de programas específicos de formación en psicogeriatría.
- Incluir actividades formativas en los programas de formación continuada de profesionales involucrados en la asistencia a personas mayores con diagnóstico de trastorno mental.
- Formación específica en medidas alternativas no coercitivas dirigida a profesionales que trabajen en centros sanitarios y sociosanitarios.
- Colaborar con las administraciones y entidades del tercer sector.
- Implementar programas psicoeducativos para cuidadores.
- Impulso de proyectos de investigación en relación con el trastorno mental grave de la persona mayor.
- Puesta en marcha de proyectos piloto y de innovación sobre atención a personas mayores con un diagnóstico de trastorno mental.



Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025

El propósito de la Estrategia es disminuir (al máximo) la incidencia y la prevalencia del suicidio en Castilla y León, garantizando una atención adecuada de la persona y sus allegados, mediante el abordaje integral del proceso de prevención, atención y seguimiento de la conducta suicida. Se organiza en cinco ejes estratégicos, tres de ellos dedicados a la prevención (universal, grupos vulnerables, indicada), uno a la vigilancia epidemiológica e investigación y el último a la formación.

Respecto a las personas con problemas de salud mental y en el eje dedicado a la prevención universal del suicidio se propone: establecer medidas en colectivos con facilidad de acceso a armas en casos de bajas laborales relacionadas con trastornos depresivos u otras situaciones de riesgo.

Para los grupos vulnerables se contemplan las siguientes acciones de carácter preventivo:

- Incluir en los servicios de proximidad dirigidos a personas mayores y a personas con discapacidad, protocolos para la detección del riesgo suicida, con especial atención a las personas que viven solas o que carecen de vínculos sociales.
- Generalizar el modelo básico de coordinación funcional entre Salud Mental y la Red de Asistencia al Drogodependiente (RAD) para la atención a pacientes con trastornos por uso de drogas y comorbilidad psiquiátrica a todas las Áreas de Salud, incluyendo en el modelo a la red de servicios de prevención indicada.
- Promover la creación de asociaciones de supervivientes, así como las actividades de las asociaciones de familiares y personas con problemas de salud mental ya creadas que desarrollen grupos de ayuda mutua y/o grupos de supervivientes, así como de allegados de personas que se han suicidado o han tenido tentativas suicidas.

En el ámbito de la formación se propone:

- Incluir en la formación de profesionales del Sistema de Servicios Sociales, especialmente en los centros residenciales de personas mayores y de personas con discapacidad, contenidos relativos a la identificación y prevención de conducta suicida.
- Reforzar la formación en esta materia de los profesionales que trabajan con grupos de riesgo: personas en situación de exclusión social, personas con trastorno por uso de sustancias, familias y menores en dificultad o conflicto social, víctimas de violencia de género, personas ancianas y dependientes.



LEY 1/2024, de 8 de febrero, de apoyo al proyecto de vida de las personas con discapacidad en Castilla y León.

Esta ley **tiene como objetivo establecer los apoyos profesionales** dirigidos a las personas con discapacidad. Estos apoyos deben complementar a los que ya reciben de su entorno natural y en el ámbito comunitario. La ley asegura que las personas puedan desarrollar su proyecto de vida, respetando su voluntad y preferencias, y garantiza la continuidad de la atención a lo largo de su vida, especialmente en las transiciones de cada etapa vital y en situaciones de especial vulnerabilidad. Los apoyos profesionales que se contemplan en la ley son: a) la de **apoyo para la activación del proyecto de vida**; b) la de **asistencia personal**; c) la de **apoyo familiar para la promoción de la autonomía** personal en situaciones de dependencia y/o discapacidad; d) la de **apoyo a la capacidad jurídica** de las personas con discapacidad; y e) la de **apoyo a la capacidad** jurídica de las personas mayores de edad o emancipados con discapacidad.

La prestación de **apoyo para la activación del proyecto de vida** tendrá la consideración de esencial para las personas con discapacidad, que presenten dificultades de carácter funcional, psicosocial o de vulnerabilidad social, y precisen de acompañamiento técnico para la elaboración de su proyecto de vida.

Dentro de los apoyos a lo largo del ciclo vital, se establecen, además de la asistencia personal, los **apoyos para un envejecimiento activo** de las personas con discapacidad. Dispone que las administraciones públicas de Castilla y León deben facilitar el acceso a programas y actividades de envejecimiento activo, incorporando adaptaciones para la participación de personas con discapacidad. Por otro lado, se garantizara la continuidad de la atención y la permanencia en su entorno. Además, se promoverán iniciativas innovadoras para un envejecimiento satisfactorio y se ofrecerá apoyo y asesoramiento a las familias cuidadoras que enfrenten dificultades debido al envejecimiento o dependencia.





Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 2024-2027

En noviembre de 2024 se aprobó este Plan que tiene como principios estratégicos y conceptuales el modelo centrado en la persona, el enfoque comunitario y desinstitucionalización de los servicios y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Se articula en 10 ejes estratégicos y entre estos ejes destaca el eje número 6 dedicado al **apoyo del envejecimiento activo y saludable** con el propósito de favorecer un envejecimiento activo y saludable de las personas con discapacidad, en función de sus necesidades específicas y de su proyecto de vida favoreciendo el acceso a recursos dirigidos al conjunto general de las personas mayores. Por otro lado, se incluyen acciones para integrar a las personas con discapacidad en el tejido social una vez superada la etapa laboral.

Se prevén como acciones concretas: las adaptaciones necesarias para la participación en actividades comunitarias, el apoyo en el tránsito a la jubilación, la continuidad de la atención en su entorno, la atención en centros residenciales, cuando lo deseen, bajo el modelo de atención integral centrado en la persona; el apoyo y asesoramiento a familias cuidadoras que se encuentren con dificultades asociadas al envejecimiento, para adecuar su rol de cuidador a las nuevas situaciones; y la promoción de visitas accesibles a espacios naturales.



Planes y normas relacionados con el envejecimiento

Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León

La Ley pretende garantizar el respeto y la defensa de los derechos de las personas mayores y promover su desarrollo personal y social a través del ocio y la cultura; fomentar su participación, colaboración activa y representación en todos los ámbitos que les afecten, así como potenciar su integración social, facilitando la permanencia en su entorno familiar y social; impulsar la solidaridad social hacia las personas mayores, prestar atención integral y continuada a las mismas, especialmente a aquellas que se encuentren en situación de dependencia y, finalmente, apoyar a la familia y personas que intervengan en su atención.



ORDEN FAM/119/2014, de 25 de febrero, por la que se regula el Club de los 60 y se aprueba el Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León.

El Club de los 60 comprende los programas, actividades y servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de envejecimiento activo, dirigidos a mantener y mejorar la calidad de vida de las personas mayores de Castilla y León. El Club de los 60 integra los siguientes programas, actividades y servicios:

- El Programa Integral de Envejecimiento Activo de Castilla y León que busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores en Castilla y León. Su objetivo principal es promover acciones preventivas que ayuden a los mayores a adquirir actitudes, conocimientos y habilidades para optimizar su salud y capacidades físicas y psíquicas, así como mejorar su interacción y desenvolvimiento en su entorno.
- Actividades y servicios de entidades colaboradoras destinadas a los socios del «Club de los 60».

Plan de Acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social 2022-2025

Este plan de acción tiene como objetivo general apoyar a las personas a afrontar el aislamiento social para que sus interacciones sociales contribuyan a dar sentido y al desarrollo de su proyecto de vida, así como minimizar los riesgos asociados a la soledad no deseada en relación a su integridad física y psicológica. Se estructura en 3 áreas que incluyen 13 objetivos específicos y 30 acciones. Las Áreas de actuación son:

1. Prevención, sensibilización, información y comunicación.
2. Intervención y apoyo a la persona para el desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales.
3. Desarrollo de espacios de encuentro accesibles y amigables con las personas facilitadoras de las relaciones interpersonales.



Servicio Cerca de Ti.

Es un servicio telefónico ofrecido por la Gerencia de Servicios Sociales, en colaboración con la Fundación Castellano-Leonesa para la Tutela de Personas Mayores, dirigido a apoyar a las personas que se encuentran en situación de soledad no deseada o aislamiento social para ayudarlas a superar los efectos negativos que les pueda estar generando. Además, cuenta con un contestador automático y un correo electrónico donde las personas pueden dirigirse en las horas en las que no está habilitado el teléfono. Desde su puesta en diciembre de 2023, este recurso ha recibido 673 contactos, realizados por 379 personas, de las cuales un 40% reside en el medio rural.

Estrategia de Cuidados de Larga Duración y Fomento del Envejecimiento Activo y Saludable en Castilla y León.

La Estrategia tiene como objetivo impulsar, optimizar y mejorar las acciones que, en el ámbito de la prevención de la dependencia, la promoción del envejecimiento activo y los cuidados, se realizan en Castilla y León; e implementar nuevas líneas de actuación que aborden nuevas necesidades y mejoren la calidad de vida de las personas mayores y dependientes.

La Estrategia se basa en distintos referentes conceptuales como el envejecimiento saludable; el enfoque de Derechos, el modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) y el enfoque de atención comunitaria y la desinstitucionalización. Se articula en 4 ejes estratégicos que dan respuesta a los objetivos de acuerdo con los referentes conceptuales que sostienen este proyecto de Estrategia.

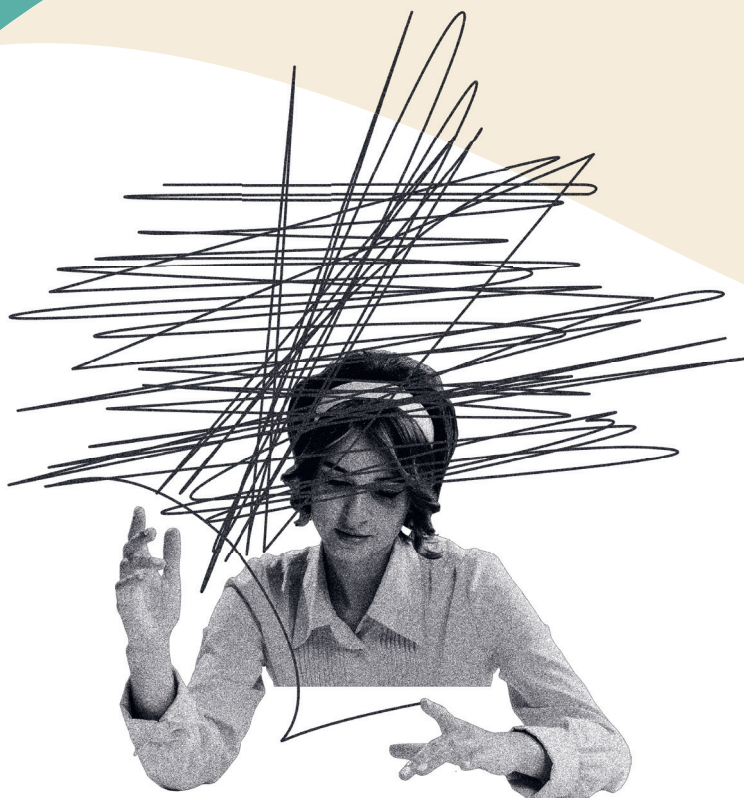
- 1. Derechos, autonomía y proyecto de vida:** promueve la ética, los derechos humanos, y la Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) en los centros y servicios. Incluye formación para profesionales y campañas de concienciación.
- 2. Prevención de la dependencia y lucha contra la soledad:** mejora la oferta de actividades de envejecimiento activo, combate la brecha digital y aborda la soledad no deseada.
- 3. Desinstitucionalización y enfoque comunitario:** extiende programas como “A gusto en casa” y “INTecum” para atención domiciliaria, apoya a cuidadores informales y optimiza la coordinación de servicios sociales.
- 4. Innovación y participación:** fomenta la creación de ecosistemas de innovación tecnológica y la participación de las personas mayores en el diseño de políticas y servicios.

La Estrategia tiene un presupuesto total de 1.816.771.472 euros para el periodo 2025-2027, distribuido entre los cuatro ejes. La evaluación de la Estrategia se realizará al finalizar su vigencia, priorizando la participación de las personas mayores.

5.

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

Resultados



5. Resultados

5.1. Aproximación a la situación y necesidades de las personas con problemas de salud mental mayores de 45 años en Castilla y León

5.1.1 Datos Sociodemográficos

Edad y sexo

Se ha recogido un total de 328 cuestionarios de personas con problemas de salud mental mayores de 45 años residentes en Castilla y León. El 41% corresponde a mujeres, un 57% a hombres y un 1,2% no ha respondido a esta pregunta. 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 8 | Distribución de la muestra según sexo.

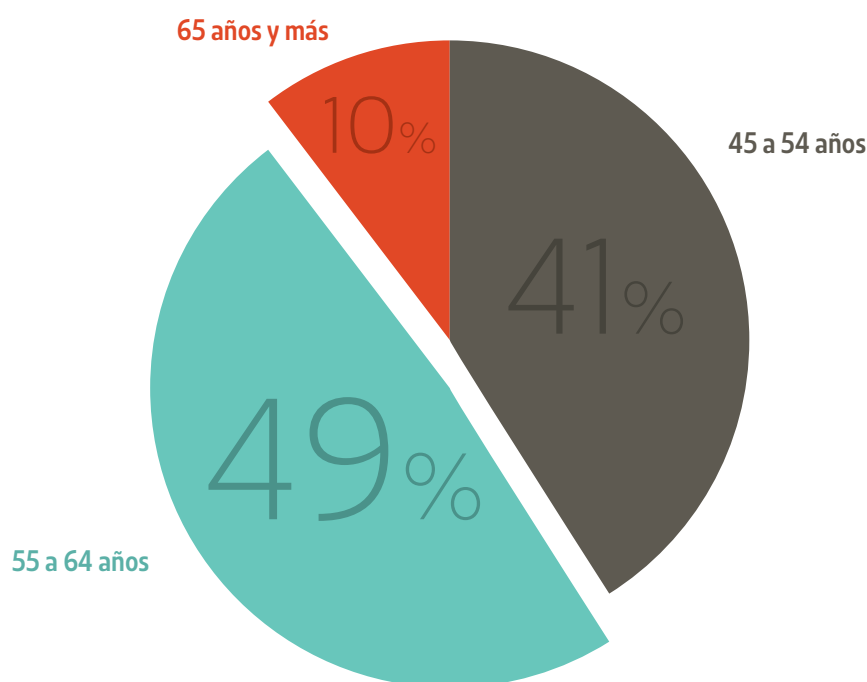
	Número de personas	Porcentaje
Hombre	187	57,0
Mujer	137	41,8
Sin respuesta	4	1,2
Total	328	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9 | 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.

Gráfico 2 | Distribución de la muestra según grupo de edad (porcentajes)

Fuente: Elaboración propia.

Reconocimiento administrativo de discapacidad y dependencia

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. De estos se desprende que se trata de un colectivo con necesidades de apoyo significativa que puede ser diversa entre unas y otras personas.

Lugar de residencia

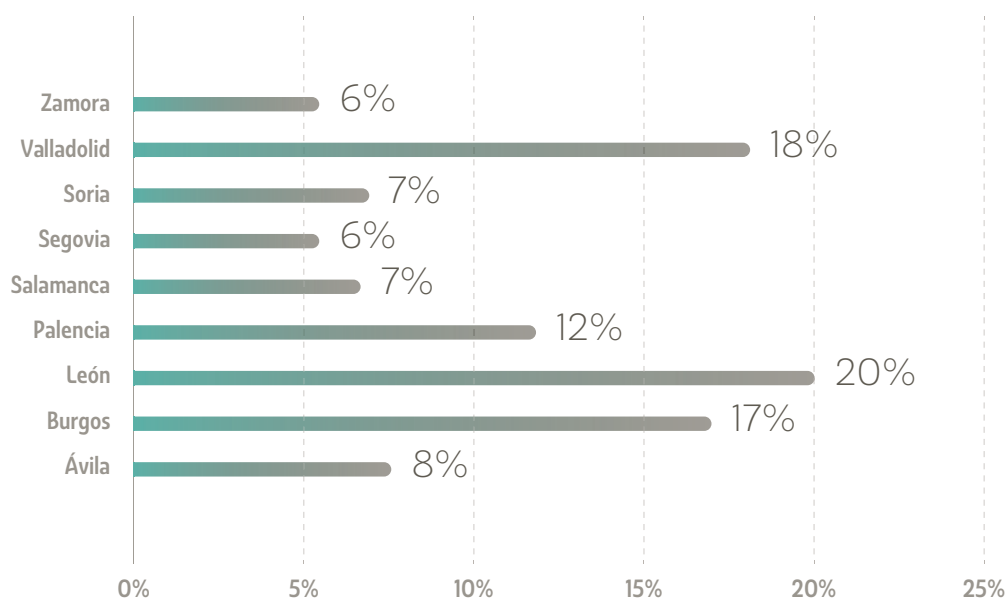
El 65% de las personas encuestadas reside en un domicilio particular; un 30% en una vivienda tutelada y un 4% en una residencia. Una persona ha indicado como lugar de residencia una pensión. Respecto a las personas que viven en un domicilio particular, destacan los siguientes porcentajes: el 33% habita con su padre y/o madre, un 30% vive solo; un 16% con su pareja; un 11% con algún hermano/a.

En relación con las personas encuestadas que residen en una vivienda tutelada, un 33% lleva residiendo en ella entre 1 y 5 años; un 22% entre 6 y 10 años; un 30% lleva más de 10 años y solo un 15% reside en este dispositivo desde hace menos de un año.

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.

Gráfico 3 | Distribución de la muestra según provincia de residencia (porcentajes).



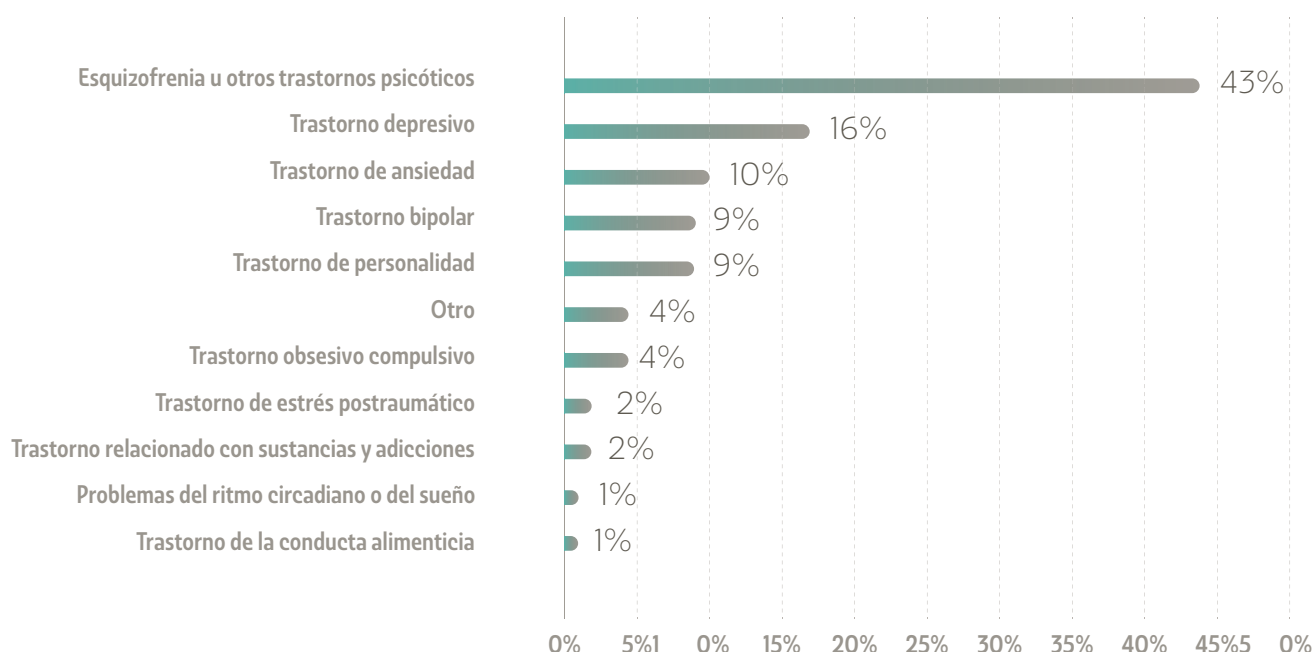
Fuente: Elaboración propia.

5.1.2 Diagnóstico y atención de la salud

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. 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% antiepilépticos. 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. La forma de administración de esta medicación es mayoritariamente por vía oral (68%), un 11% vía inyectable y un 17% en ambos formatos.

Gráfico 4 | Distribución de la muestra según diagnóstico (porcentajes).



*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 a desempeño laboral, la administración de la propia economía y en las interacciones y relaciones personales. El ámbito donde experimentan menos dificultades es el del autocuidado.

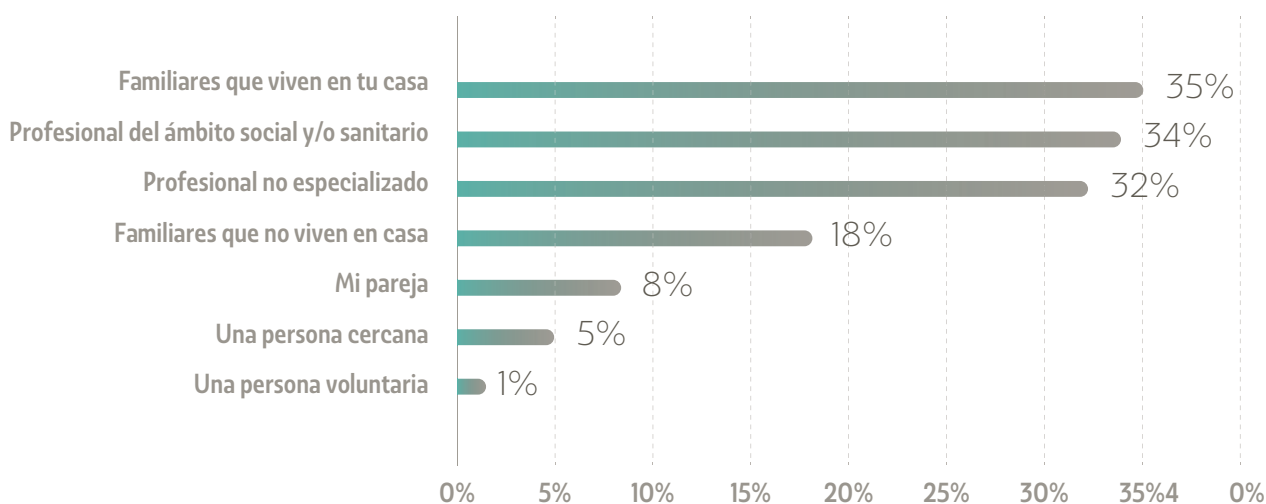
Tabla 10 | Áreas en las que se presentan dificultades.

	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 profesional no especializados (32%).

Gráfico 5 | Personas de las que recibe apoyo en su vida diaria con mayor frecuencia (porcentajes).



Fuente: Elaboración propia.

Perfil de las personas que prestan apoyo

Esta ayuda proviene principalmente de mujeres. La edad promedio de las personas que prestan apoyo (profesional, familiar) es de 53,9 años. Al considerar solo 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 solo cuenten con el soporte de la familia.

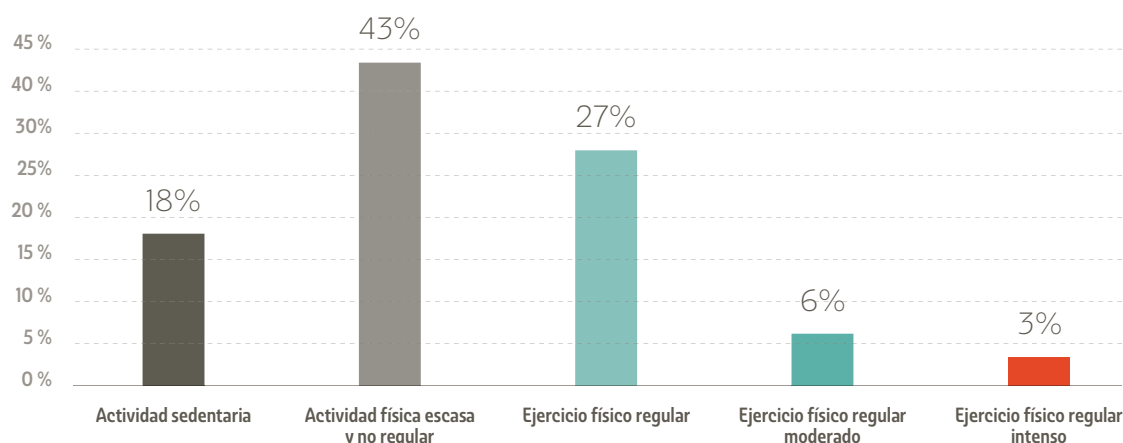
Hábitos de consumo y actividad física

Respecto a las preguntas referidas sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias (cocaína, marihuana...) que se incluían en el cuestionario. Entre el 16 y el 25% del total de personas encuestadas ha preferido no responder este bloque de preguntas.

El **27% de las personas encuestadas consume tabaco** “continuamente” o “muchas veces”; un 10% pocas veces, un 48% nunca y el 16% ha preferido no responder. Sobre el consumo de alcohol, solo el 2% ha señalado su consumo habitual; un 13% pocas veces, un 63% nunca y el 24% no ha respondido sobre esta cuestión.

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 peor que la de los varones: un 23% de ellas no realiza ningún ejercicio físico regular, este porcentaje es del 15% en los varones.

Gráfico 6 | Distribución de la muestra según nivel de actividad física (porcentajes).



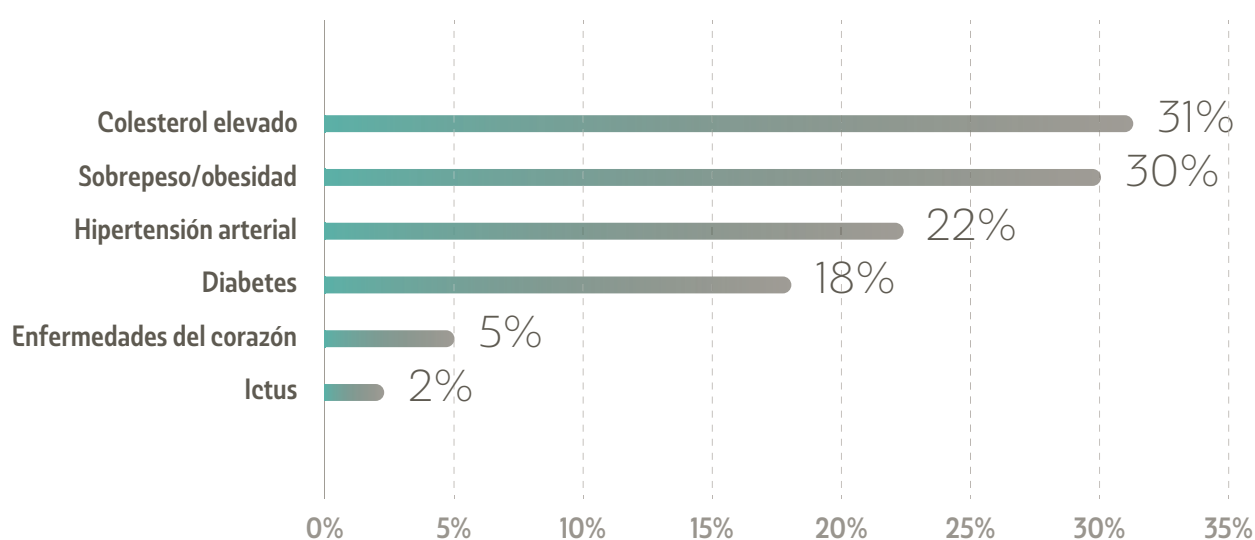
Fuente: Elaboración propia.

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. Un 32% de las personas tiene más de un problema de salud diagnosticado. Se observa también la presencia de enfermedades muscoesqueléticas.



Gráfico 7 | Problemas de salud diagnosticados (porcentajes).



*Una persona puede tener más de un diagnóstico. Fuente: Elaboración propia.

Percepción del estado de salud

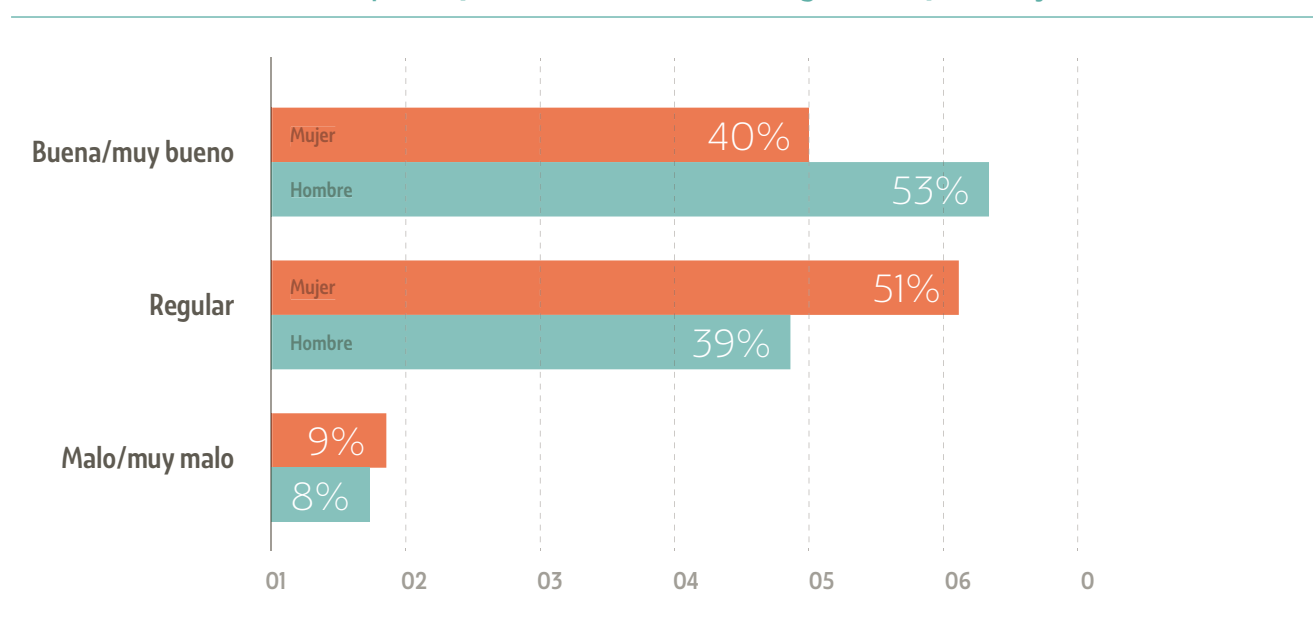
Un 45% de las personas consultadas considera que su estado de salud es bueno o muy bueno, un 43% piensa que su salud es regular y el 9% considera su estado de salud como malo o muy malo. Al considerar el sexo, se observa que los hombres perciben un mejor estado de salud que las mujeres: el 53% de ellos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

Tabla 11 | Percepción del estado de salud

	Número de personas	Porcentaje
Muy buena	18	5%
Buena	132	40%
Regular	141	43%
Mala	22	7%
Muy mala	5	2%
Sin respuesta	10	3%
Total	328	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8 | Percepción del estado de salud según sexo (porcentajes).



Fuente: Elaboración propia.

Percepción del estado de salud

En el cuestionario se preguntó si la persona se ha sentido sola durante el último año, **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.

Tabla 12 | ¿Te has sentido solo/a durante los últimos doce meses?.

	Número de personas	Porcentaje
Nunca	100	30%
Pocas veces	120	37%
Muchas veces	69	21%
Continuamente	24	7%
Sin respuesta	15	5%
Total	328	100%

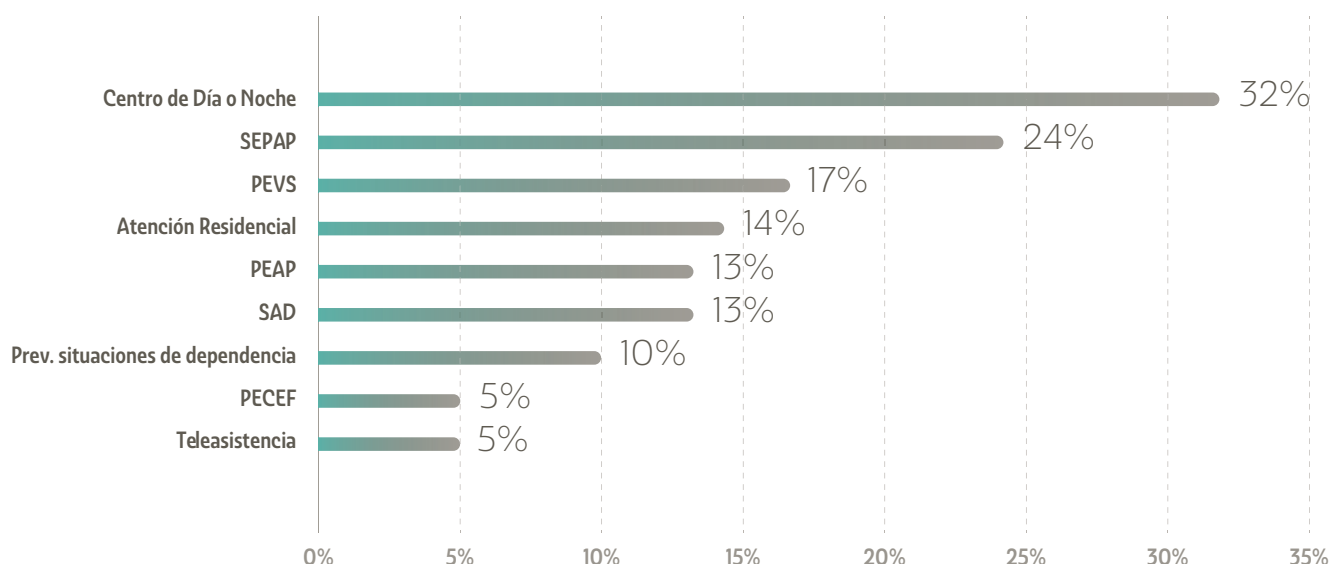
Fuente: Elaboración propia.



5.1.3 Servicios

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). 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.

Gráfico 9 | Servicios del SAAD que utiliza (porcentajes).



* Una persona puede recibir más de un servicio. Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, **el 76% ha indicado contar con una prestación económica**; un 15% apuntó que no recibe ninguna prestación. De las personas que si 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.

5.1.4 Inclusión social

Respecto al **nivel de estudios**, las respuestas de las personas encuestadas indican que el 44% cuenta con Educación Primaria o similar; un 23% con Educación Secundaria, Bachillerato o similar; un 14% con estudios superiores y un 15% no cuenta con estudios. Los datos por sexo muestran que las mujeres presentan niveles formativos más altos que los varones.

Por otra parte, 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; un 3% está en búsqueda de empleo. 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.

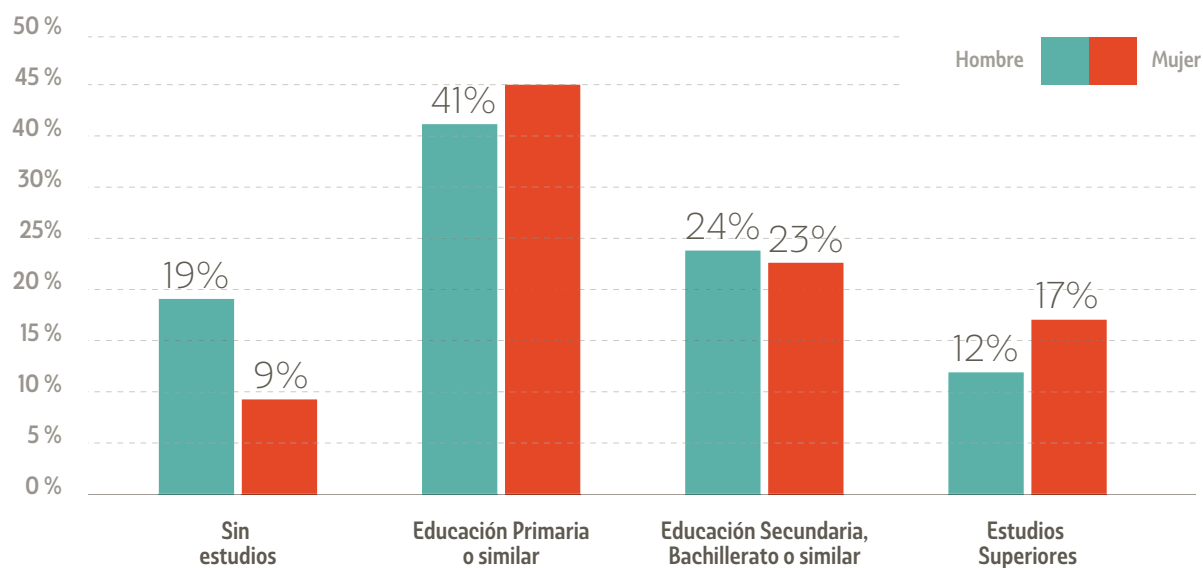
Tabla 13 | Distribución de la muestra según nivel de estudios.

	Nº de personas	Porcentaje
Sin estudios terminados	49	15%
Educación Primaria o similar (Graduado Escolar, Escolaridad, Grado Elemental...)	143	44%
Educación Secundaria, Bachillerato o similar (incluye FP Básica y de Grado Medio)	76	23%
Estudios superiores (Universitarios, FP de Grado Superior, Estudios de Postgrado)	46	14%
Sin respuesta	14	4%
Total	328	100%

Fuente: Elaboración propia.

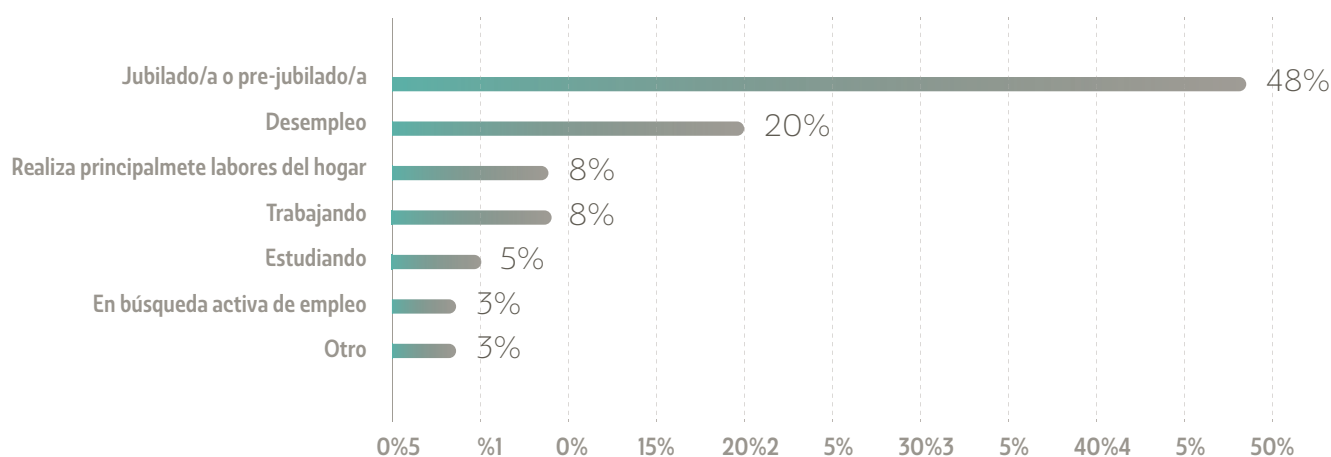


Gráfico 10 | Distribución de la muestra según nivel de estudios y sexo (porcentajes).



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 11 | Distribución de la muestra según actividad (porcentajes).



Fuente: Elaboración propia.

Experiencias de abuso y/o maltrato

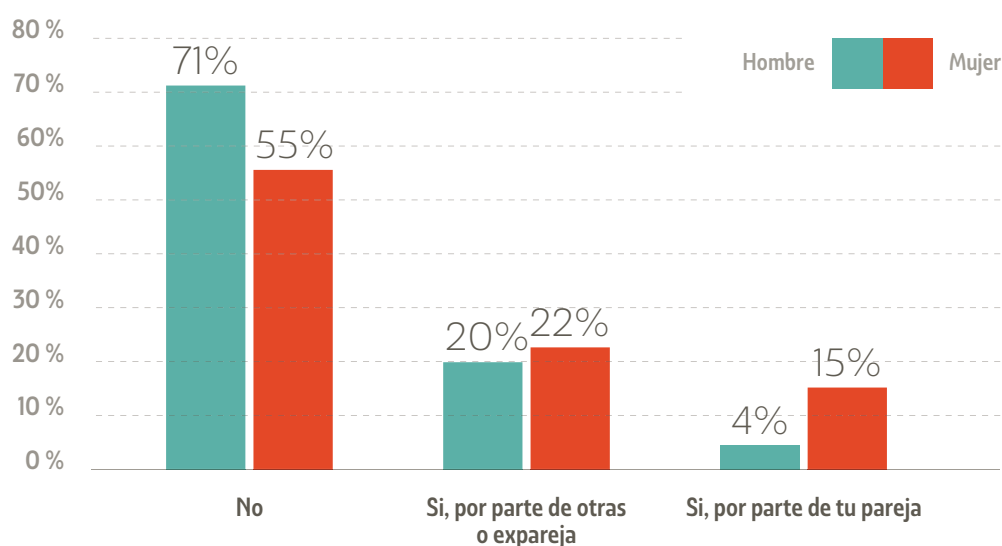
El 21% de las personas encuestadas ha sufrido abuso por parte de otras personas y el 9% por parte de su pareja o expareja. El 75% de las personas que han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja es mujer. En términos relativos, las mujeres han sufrido más experiencias de abuso o maltrato que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

Tabla 14 | Experiencias de abuso y/o maltrato

	Número de personas	Porcentaje
No	207	63%
Sí, por parte de otras personas	70	21%
Sí, por parte de tu pareja o expareja	29	9%
Sin respuesta	22	7%
Total	328	100%

Fuente: Elaboración propia.

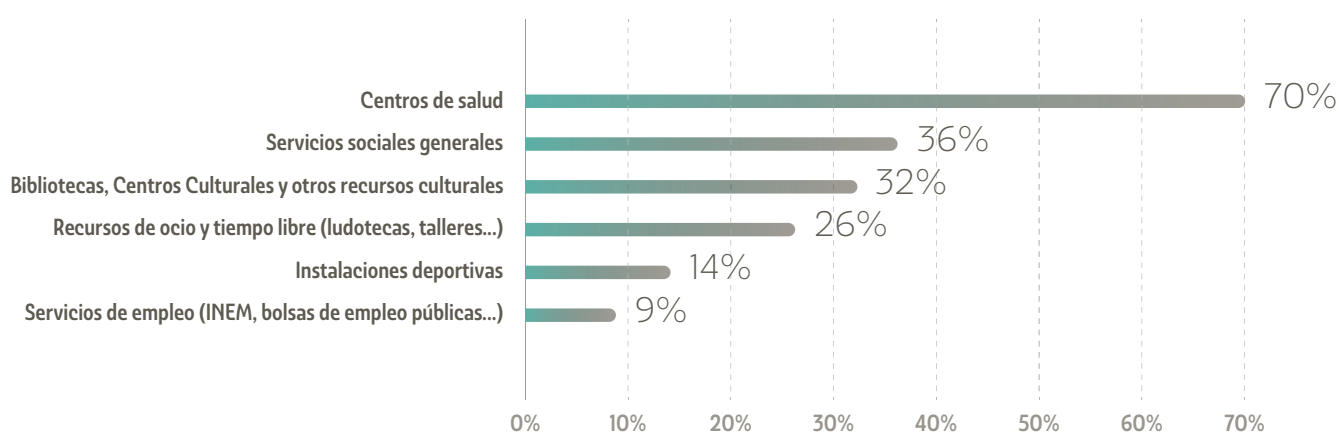
Gráfico 12 | Experiencias de abuso y/o maltrato según sexo (porcentajes).



Fuente: Elaboración propia.

Uso de recursos y servicios generales durante el último año: el 70% de personas encuestadas ha utilizado los servicios de centros de salud; un 36% los servicios sociales y un 32% las bibliotecas y los centros culturales.

Gráfico 13 | Uso de recursos y servicios generales (porcentajes).



Fuente: Elaboración propia.

Este análisis de los resultados permite una aproximación al perfil de las personas con problemas de salud mental mayores de 45 años que residen en Castilla y León. La encuesta ofrece datos que permiten conocer, además de las características sociodemográficas, aspectos tales como los ámbitos donde experimentan mayores dificultades, situaciones de dependencia, red de apoyo, estado de salud, hábitos de vida, diferentes aspectos en relación a su inclusión/exclusión social, etc. Se aborda, a continuación, la perspectiva cualitativa que contribuye por su parte a una mejor comprensión de esta realidad.



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

Una vez se han expuesto los resultados de la encuesta realizada para el presente estudio, se presenta la experiencia cualitativa de las personas con problemas de salud mental en proceso de envejecimiento, recabada mediante entrevistas y grupos de discusión. Esta perspectiva es complementaria al anterior, y permite una mejor comprensión de la realidad y necesidades percibidas, en la voz de sus protagonistas: las personas con problemas de salud mental, sus familiares, así como de equipos profesionales.

Como punto de partida, para las personas con problemas de salud mental, **envejecer forma parte de la vida**. Asumen que envejecer conlleva cambios en el ámbito físico y pérdidas de autonomía.

“Igual que hemos sido pequeños, adolescentes, llega un momento que vamos haciéndonos mayores”.

Entrevista 1 (46 años).

“Yo la verdad que con la edad que tengo, con 53 años, como siempre yo digo, tal vez mi físico se vea mayor, pero mi espíritu, yo lo veo como si estuviera jovencilla todavía. Y no me preocupo.. pero bueno, eso es la vida, tenemos que aceptar lo que viene”.

Entrevista 2 (53 años).

“¿Envejecer?, pues no sé, va uno envejeciendo y claro, cada día está uno ya más torpe, pero que bueno, como es así, no es una cosa que.. es que no sé cómo decirlo. Si se envejece, pues oye, pues mientras que no venga ninguna maldad, ninguna enfermedad, pues vale, hasta que dure, hasta que quiera Dios y ya está”.

Entrevista 3 (52 años).

“Cada día vamos a peor, no lo sé, yo ya te digo, cada día vamos a peor y cada día vamos, no vamos a poder hacer las cosas ya. Y como no te vayas a vivir a algún sitio, pues ya sabes, es lo que hay”.

Entrevista 11.

En relación con la **menopausia**, las mujeres con problemas de salud mental entrevistadas se han referido a este momento como un proceso natural que tiene incomodidades, pero ninguna les ha supuesto un malestar especial. Para varias de ellas ha supuesto cierta liberación al dejar de tener menstruaciones dolorosas.

“Yo no dormía, ni de madrugada, yo a las 3 de la mañana en pleno frío me asomaba a la ventana para que me diera aire frío. Porque yo como que me ahogaba, los pies, el cuerpo, se me ponía muy caliente, como que aquello quemaba, sí. Pero la verdad que se me pasó, ya no siento eso, ya no”

Entrevista 2 (53 años).

“No me preocupa la menopausia, yo quiero, vamos, tengo hasta ganas, porque lo paso muy mal con las reglas”.

Entrevista 4 (45 años).

“Lo pasan mal con la regla (sus compañeras), sí, siempre se ha pasado mal, yo tenía dolores de tripa, de riñones, devolvía, casi perdía el colegio”.

Entrevista 10 (56 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 en mi futuro mi pasado, 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).

“¿Cómo te ves en 10 años? “Cuando pasen 10 años yo me imagino que ya tendré un empleo y a lo mejor puedo tener pues ya piso propio ... Y bueno, ya lo veré, pero con un trabajo ya pues la situación cambia, porque ya no es lo mismo vivir en un piso compartido a que tengas tú tu propio piso, .. yo me vería así, no sé, una vida pues eso, bien, trabajando. Y bueno, el día a día”.

Entrevista 3 (52 años).

“El día a día es lo que importa, mañana Dios dirá. Lo importante es levantarte por la mañana, decir aquí estoy yo y hacer esto, hacer esto otro y tal. Y siempre tener una motivación, una cosa, tener unas ganas de levantarte y hacer cosas, pero no hay que pensar en el futuro”.

Grupo de discusión personas con problemas de salud mental mayores de 45 años.

“Es una cosa que está ahí, por eso muchas veces cuando tenía alguna temporada baja, al ver eso pues te planteas más el día a día que dentro de 10 años. Porque cada dos por tres, hombre, tienes que asegurarte de ciertas cosas, pero hay veces que cuando tienes un día de esos torcidos, la cabeza”.

Entrevista 9 (55 años).



Hay quien sí percibe cierto envejecimiento prematuro. Esto le preocupa, especialmente en cuanto a la pérdida de memoria y la fatiga que empieza a experimentarse al realizar pequeñas tareas.

*“Es que no sé si fue el neurólogo o el psiquiatra, no lo sé, que estoy envejeciendo rápidamente... a veces me quiero quitar la razón, pero me doy cuenta que sí, que sí que **estoy envejeciendo deprisa**. Los lapsus que tengo de la cabeza y físicamente y mentalmente, estoy envejeciendo... yo he tenido trabajos duros en la vida, ... siempre fueron duros, y a día de hoy esas pequeñeces... porque son tareas de la casa y las hay que hacer, pero comparándolo con los trabajos que tuve,*

pues no son tan fuertes. Y con eso y todo, me cuesta muchísimo físicamente, muchísimo... el estar de pie y haciendo cosas me cuesta mucho y para mí es una fatiga tremenda”

Entrevista 7 (52 años).

“Ahora mismo estoy hecha una... desde que he cumplido 60 o por ahí estoy, dicen que a los 60 si no te duele nada, pero es que una cosa es que te duela y otra cosa es que cada día tengas una historia”.

Entrevista 6 (61 años).

“Yo me canso más que antes, haciendo las mismas cosas que las que yo hacía antes, pero me canso más desde hace como 8 años o así. Ahora ya.. yo hacía trozos del camino de Santiago y he estado dos o tres días que no me tenía en pie, y eso antes no me pasaba”.

Grupo de discusión personas con problemas de salud mental mayores de 45 años.

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.

“Para mí el mayor problema sería estar solo, la vejez no, porque .. uno envejece porque es un ciclo natural de la vida. Pero realmente estar solos, para mí, el problema es estar solos, la soledad es lo peor que puede haber. El miedo que tengo es de 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 de mal, un síntoma malo, o sea, deriva a una cosa mala”.

Entrevista 1 (46 años).

“Que no me quede solo, sobre todo, lo principal, no quiero estar solo en mi vida, dentro de unos años”.

Entrevista 7 (52 años).

“A mí también me preocupa, el que llegues a una edad ya y estés solo pues es bastante negativo, porque necesitamos también interacción social con amigos. En mi caso, los amigos que tengo son mayores que yo, entonces llegará un día pues que, vamos, por ley de vida, que me puede dar un infarto ahora a mí, pero llegará un día que no estén. Y entonces pues te quedas más solo y tendré que echarme nuevos amigos, esté en una residencia o esté donde esté”.

Grupo de discusión personas.

“Creo que cada vez estamos más solos, la población va envejeciendo y ... cada vez somos más individualistas, más... no sé”.

Entrevista 4 (45 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).

“Soy muy aprehensiva, lo llevo mal, tengo mucho miedo a la muerte. A veces piensas en estos problemas que tengo, me vienen un poco así por ello, no sé, eso lo llevo mal, lo de envejecer lo llevo mal, sinceramente. Pero bueno, luego otras veces digo, bueno, yo vivo el presente y ya lo que..., quiero decir, que cuando venga que venga, porque todo llega. Intento vivir e ilusionarme con cosas”.

Entrevista 6 (61 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, pues cómo estaré cuando sea más mayor, pues no lo sé, pues si estás bien, como decía mi abuelo, decía, mejor es llegar, pero claro, tienes que estar muy bien, porque te pueden entrar muchas enfermedades. 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 qué te puede pasar, porque hay ictus, hay enfermedades muy raras”.

Entrevista 10 (56 años).

“...No quiero estar como estuvieron dos tías, que las tengo con alzhéimer, ni como estuvo mi madre con cáncer. Eso sí, eso sí que lo quitaría de encima”.

Entrevista 8 (45 años).

“Me preocupa también el que llegue a tener deterioro cognitivo o demencia senil... lo que me preocupa es llegar a ese estado, porque yo, sinceramente, preferiría morirme estando bien, no llegar a eso, a que tengas que ser dependiente total y seas una carga para que te atiendan. No, no me gustaría llegar ahí, pero el destino no podemos elegirlo, vendrá lo que vendrá y tenemos que aceptarlo”.

Grupo de discusión personas con problemas de salud mental

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.

“Estoy más pendiente de ella también, pero que ya las enfermedades también, pues no, no ha tenido muchos problemas a lo largo de su vida, pero es cuando empiezan a surgir, es lo que más me preocupa. Estar a ver cómo lo puedo llevar, ayudar, cómo puedo pues estar allí en los momentos difíciles”.

Entrevista 1 (46 años).

“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 pues 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 1 (46 años).

La mayoría de las personas 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. Por otro lado, les preocupa que exista como requisito el límite de edad y/o que existan conflictos de convivencia entre los y las compañeras de las viviendas.

“Si llegamos a un extremo que por lo que sea, porque cómo la vida cambia, pues entonces a lo mejor podría meterme en una residencia, pero mientras que me valga por mí mismo, yo haría una vida pues eso, más o menos bien”.

Entrevista 3 (52 años).

“Yo me veo dentro de un año o así en mi casa, en mi propia casa, seguir en mi casa, y el día que no me valga, que será dentro de muchísimos años, porque tengo 57, voy a hacer 57 años. Espero seguir valiéndome por mi misma asta los 80, pues coger a una señora y que me cuide”.

“Yo vivo sola, bueno, no tengo pareja ni tengo hijos ni nada, entonces bueno. Tampoco significa que tener hijos, los tengas para que te cuiden, sí que me veo en un momento dado con un apoyo en casa, o bien en una residencia, pero ya con una edad que ya no pueda valerme por mí misma, que se me escape de las manos. Una persona que esté en casa y me pueda llevar el día a día”.

“En Salamanca y Castilla y León las viviendas que tenemos nosotros solo pueden estar hasta los 60 años, o sea que ando yo a ver si se puede luchar, porque una persona a los 60 años todavía puede valerse por sí mismo. .. es verdad que el tema residencia, que no hay nada de salud mental, es un poco triste porque no te tratan como te vienen tratando los profesionales de salud mental que a lo mejor tienen una residencia. No me gusta llamarlo residencia, más bien hogar, como en Ávila y León, que tienen sus edificios, sus pisos también, entonces lo tienen enfocado de otra manera”.

“Y yo creo que es un poquito triste que los tengan que mandar a la calle, porque la economía para todo el mundo no es igual, y que a los 65 años te tengas que ir cuando te puedes valer 15 o 20 años o a lo mejor vete a saber, entonces yo creo que habría que luchar y empezar por ahí”.

Grupo de discusión personas con problemas de salud mental

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.

“La figura del asistente personal, para ciertas ocasiones, ...para cuando te haces mayor, que no puedes ir a por las medicinas, en este caso es una persona que tienes ahí, no sabes las pastillas exactamente que te tienes que tomar, porque ya eres mayor y distorsionas un poco la medicación. Entonces es un apoyo muy grande en este sentido”.

Grupo de discusión personas con problemas de salud mental.

“Muy bien, muy bien, muy bien con ella.. Me ayuda con todo”.

Entrevista 11 (55 años).

“Viene de lunes a jueves y la verdad que bien. Hay veces que plancha, pone lavadora y tal, y a veces salimos a la calle, a pasear, hablamos y tal... eso también hace mucho, claro”.

Entrevista



5.1.6 La perspectiva de las y los profesionales que atienden a personas con problemas de salud mental en Castilla y León.

En las entrevistas a distintos profesionales sobre el objeto de estudio, se reconocen avances en la atención a las personas con problemas de salud mental, especialmente a las personas con trastorno mental grave, que han favorecido una mayor esperanza y calidad de vida, por una confluencia de factores tanto farmacológicos como sociales, relacionados con los servicios. Al mismo tiempo que se observan síntomas de cierto envejecimiento prematuro asociados a esta condición.

“La situación ha mejorado mucho desde los últimos 20 ó 30 años. De la mano también de la Ley de Dependencia, el crecimiento del sector sociosanitario, la profesionalización y la consolidación del mundo asociativo. .Tenemos mejores medicamentos que antes, y ahora yo creo que es un objetivo bastante realista que, por lo menos tres personas de cada cuatro con trastorno mental grave, puedan vivir con autonomía la tercera etapa de la vida, o sea, que se puedan parecer a un anciano más”.

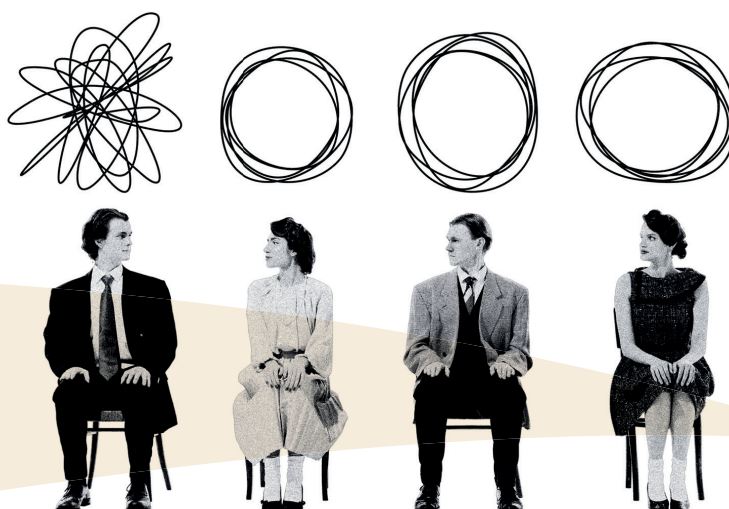
Entrevista 14. Psiquiatra.

“Sí creo que lo que nosotros detectamos es que aquí las edades más avanzadas, pues diríamos a partir de los 50, 55 años, en general, sí que suelen necesitar más apoyo a nivel cognitivo, suelen tener más dificultades pues a la hora de la atención, de trabajar la concentración, la memoria y tal. En muchos casos también la movilidad es más complicada, porque el deterioro físico también empieza a hacer mella”.

Profesional de trabajo social.

La perspectiva de las y los profesionales, a partir de su experiencia, sitúa el envejecimiento prematuro en personas con problemas de salud mental como el resultado de una combinación de factores médicos y sociales que interactúan entre sí. Asimismo, el envejecimiento prematuro se relaciona con otros factores de riesgo diferenciados entre perfiles del colectivo.

“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 por el rechazo, 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. El no tener contacto social hace un poco que te pierdas, digamos, la inclusión, estar en red con otras personas, estar presente, de alguna manera, Sí que considero que puede hacer mella en el envejecimiento, sí que creo que ayuda un poco al envejecimiento prematuro”.

Entrevista 15. Profesional de trabajo social.

“Sí que nosotros, por ejemplo, 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.

“El estrés continuado que sufren los pacientes con problemas de salud mental, ya sea por el estigma, ya sea porque no tienen un puesto de trabajo, porque no pueden valerse por sí mismos y no pueden tener un proyecto de vida”.

Grupo de discusión de profesionales.

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). Se echa en falta una mayor frecuencia en la revisión de la pauta de medicación.

“Una persona de 60 años con un problema de salud mental que haya tenido varias crisis o varios ingresos a lo largo de su vida y que estos hayan sido graves, digámoslo así, evidentemente va a tener o parece que tiene más posibilidades de tener un envejecimiento mayor. Sus 60 años no son los 60 años que entendemos en una persona sin un diagnóstico de salud mental”.

Entrevista 15. Profesional trabajo social.

“Nosotros observamos pues que hay personas aquí en el centro, entre los 50, 50 y pico años, que tienen problemas de movilidad. Porque sí que 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 están, bueno, 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.

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

A partir de las entrevistas con personas con problemas de salud mental, con profesionales y con familias, el presente apartado ofrece un análisis factores de riesgo y protectores en relación con el envejecimiento saludable y pleno de las personas en esta circunstancia.

Factores de riesgo

Se ha identificado una serie de factores de riesgo, que se ubican en distintos ámbitos: desde lo psicocorporal 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.

“Ahora me han dado la invalidez por problemas de las rodillas, por la artrosis de las rodillas, que tengo artrosis desde el 2016”.

Entrevista 8 (45 años).

“Aunque seamos jóvenes, también tenemos dolores, tengo varices, sufro de lumbalgias .. tengo cefaleas”.

Entrevista 10 (56 años).

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.

“Han tenido medicaciones muy fuertes y eso a ellos les ha hecho mella en su salud física. Sí que ha contribuido con estos efectos secundarios a enlentecer los movimientos, a cognitivamente hacerles mucho más lentos también, es decir, que su nivel comprensivo también se ha visto mermado”.

Entrevista 18. Representante de una entidad asociativa.

Ya 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 la 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 pues pago el alquiler (210 euros por una habitación). Y luego pues el mes, es que prácticamente no me llega, pero bueno, lo vamos estirando, lo vamos estirando”.

Entrevista 3 (52 años).

“Yo no tengo nada, ni vivienda ni tengo nada. Tengo esta pensión (subsidio para mayores de 52 años) y la ayuda de mis hijos”.

Entrevista 6 (61 años).

“Me falta dinero, eso sí, 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 sino me va a pasar cualquier cosa y no voy a poder (tiene una pensión no contributiva)...”

Entrevista 7 (52 años).

“La pensión no contributiva es muy escasa, porque si tienes que pagar un alquiler, los gastos de vivir y demás, es muy escasa”.

Grupo de discusión personas con problemas de salud mental.

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.

“La verdad que trabajé poco, poco tiempo, dos años y medio en una empaquetadora. luego ya me puse enferma y estuve cuidando de personas mayores y así... No tenía un salario, pero vamos, los cuidaba porque les conocía y así...”

Entrevista 12 (61 años).

“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 pues tener mi casita, pero bueno, por lo menos en un sitio donde yo pueda decir, pues de alguna manera, es mi hogar... me gustaría viajar, pero tener dinero, claro, y no lo tengo. Pero siempre digo, bueno, 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**.

Esta dificultad ya se refleja en los datos de la encuesta de este estudio (solo el 8% de las personas trabaja). Estas dificultades suponen un factor de riesgo en tanto que poder suponer, además del riesgo de pobreza, la exclusión social de este colectivo.

“Era conserje en un cole.. estuve un año y medio, estuve también de limpieza en una residencia.. yo me apuntaba al empleo y no me llamaban”.

Entrevista 13 (55 años).

“Yo llevo ya muchos años yendo al taller y ya lo tengo superado, si es que no voy a poder volver a trabajar y allí estoy ocupado, pero llega un momento que no te motiva nada.. Yo vivo solo.. yo paso mucho tiempo solo en casa con mucho que pensar”.

Grupo de discusión personas con problemas de salud mental.

“Estuvo trabajando un poco, estuvo trabajando unos 9 meses o menos en un supermercado y no pudo más, no podía. Ella quería, pero no podía, imposible, y hace ya unos años, hará 10 años. Bueno, trabajar no puede, no puede trabajar...”

Entrevista 17 familiar.

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 transporte, el acceso a servicios y/o recursos sociosanitarios, las relaciones interpersonales y las oportunidades de empleo). Estas dificultades suponen un factor de riesgo. en tanto que poder suponer, además del riesgo de pobreza, la exclusión social de este colectivo.

“El acceso a los recursos es muy diferente en función de dónde vivas, aquí en nuestra zona, de la zona sur de Burgos, hay zonas que no hay transporte público, que ya a raíz de la pandemia se quitó.. Tenemos zonas de aquí en las que ni siquiera hay cobertura móvil. .. hay una clara diferencia en cuanto a los recursos públicos en función de dónde vivas”.

“Al final la falta de recursos que hay en la zona rural provoca el tener que abandonar el domicilio familiar y tener que acudir a un centro residencial...”

Grupo discusión profesionales.

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 profesionales.

“La verdad es que con la Ley de dependencia sí que se nos da el problema a veces, cuando solicitamos Ley de dependencia y no dan que son dependientes es un problema... Los ítems que tienen de la Ley de dependencia son muy subjetivos... Sí que se ve mucho la sensibilidad que tenga el profesional a la hora de valorar... Hay trabajadores sociales que les cuesta muchísimo dar el grado de dependencia, entonces eso es un problemón”.

Entrevista 19

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).

“...Vemos una decadencia en la Seguridad Social, porque hay muchas listas de espera, si pides cita igual te da de tiempo en tiempo. Luego sí que tenemos una psicóloga en la entidad, pero se queda floja porque no da abasto a atender a todos los usuarios”.

Grupo de discusión de personas con problemas de salud mental.

“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, te ven por encima un poco y para que se tranquilice una pastillita. Vas a casa, se lo empieza a tomar, luego te dan para el psicólogo, y ya luego el psiquiatra te da otra cosa. ¿Qué haces con lo que te 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 un recursos temporales para personas entre 18 y 65 años. 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.

“Aquí atendemos a 44 personas, es una residencia donde la permanencia no es indefinida, es temporal, pero va sujeta al proyecto de vida de la persona. Entonces es un poco ambiguo, en principio se dijo que era para personas entre 18 y 65 años, pero la realidad es que tenemos ya personas que superan los 65 años y que sí que la Gerencia de Servicios Sociales nos indica que tenemos que trabajar con ellos la transición a un recurso ya próximo a un centro de mayores, pero por otro lado nos dicen que tiene que ser la persona quien decida... nos indican que trabajemos con la persona para que acepte la transición a un recurso de mayores, pero por otro lado nos indican que tiene que ser la persona quien voluntariamente acceda a esa transición”.

Entrevista 16. Profesional responsable de un servicio residencial.

Otro aspecto relevante es 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.

“Nosotros de las dificultades que vemos, es que hay muchas personas que han vivido durante muchos años en recursos sanitarios y no en recursos comunitarios, porque no había alternativa, porque no había recursos para ellos. Y ahora nos está pasando que de cara a medida que avanzan de edad, que hay escasos recursos especializados en salud mental. Entonces, hay personas que sí que pueden dar el salto a centros de mayores normalizados..., pero hay otras personas con una problemática de salud mental que sigue necesitando apoyos especializados. Y que creemos que en un centro de mayores no tienen esa especialización... sobre todo a nivel emocional y a nivel clínico de esas personas”.

Entrevista 16. Profesional responsable de un servicio residencial.

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.

“Nosotros, el objetivo de esta residencia era que las personas pudieran dar el salto a un recurso más independiente, a pisos supervisados. Y lo que nos encontramos es que hay personas que sí que tienen una estabilidad clínica en cuanto que no necesita ingresos hospitalarios, pero por otro lado, no hay una recuperación de esas habilidades y de esas capacidades para que puedan vivir ellos con menos apoyo. No sé si me explico, lo que se pretendía era ese concepto rehabilitador, y ahora nos encontramos con muchas personas que estamos atendiendo en los diferentes recursos de la entidad y que sí que hay un mantenimiento clínico, pero hay un deterioro a nivel de funcionalidad importante porque durante muchísimos años han tomado una sobrecarga de medicación”

Entrevista 16. Profesional responsable de un servicio residencial

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, no hay que tapar, como diciendo ‘eres un bicho raro’ porque tienes tal enfermedad”.

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 y yo no, para gente que me mira mal, para estar allí, que la gente me humilla y me mira mal”.

Entrevista 5 (52 años).

“El estigma, para mí el estigma es, no sé si diría más que una barrera, una muralla gigantesca, que sí que detectamos que todavía muchas personas pues tienen esa idea de una persona peligrosa”.

Entrevista 15. Profesional de trabajo social.

“... (En los pueblos) sigue pasando que la gente con enfermedad mental, pues 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”.

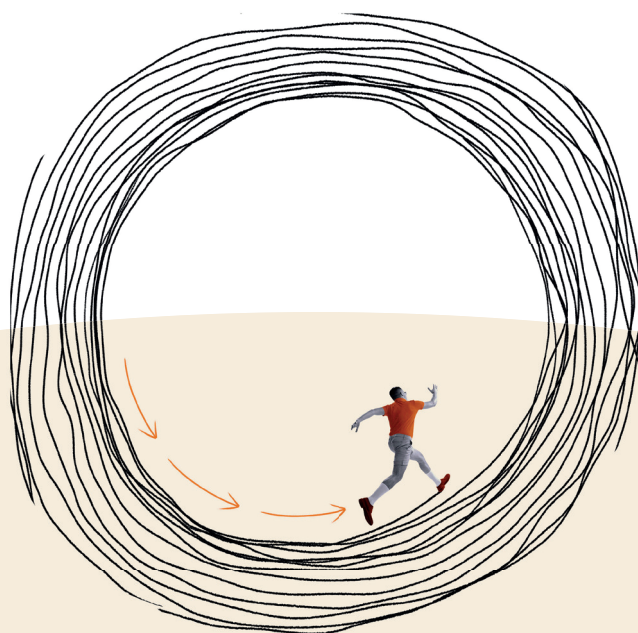
Grupo de discusión de profesionales.



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.

*“La participación, evitar el aislamiento, que no es bueno, aquí hay campañas para la prevención del suicidio, por ejemplo. Entonces el **participar** yo creo que en cosas de estas te hace ver a lo mejor un pequeño resquicio, que haya una salida, porque sino pues, aunque hay veces que suene... no sé cómo decirlo, pues es una causa de muerte común. Quizás ver que hay veces que tenemos que cuidarnos en el aspecto mental, porque hay gente que a lo mejor por circunstancias no ha aguantado y ha terminado de alguna manera”.*

Entrevista 9



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 CyL para favorecer la autonomía e inclusión de las personas con problemas de salud mental. Merece destacarse 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, los malos ruidos. Y también estoy en un grupo de ayuda mutua en el que nos ayudamos en nuestros problemas, nos contamos nuestros problemas e intentamos ayudar... desde que estoy aquí soy otro, soy muy feliz...”

Entrevista 1.

“Yo contenta y agradecida siempre con el grupo de apoyo, con las chicas, con todos, porque nos tratan bien, nos enseñan, aprendemos de todo”.

Entrevista 2.

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.

“Sí que observamos, por ejemplo, que las personas que tienen ese contexto familiar, esos vínculos, el deterioro en muchos casos es menor, claro. Porque siguen teniendo esos lazos afectivos con algún familiar, esos contactos telefónicos con parte de la familia, esas visitas familiares puntuales o vacacionales... Entonces, al final eso enriquece tanto a la persona que también genera pues que las personas que tienen esas vivencias pues estén menos aplanadas afectivamente y se encuentren también, su autoestima, pues mucho más recompensada que las personas que no tienen a nadie”.

Entrevista 16.

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. Los equipos 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**”.*

*“Yo por ejemplo sí que tengo mucho apoyo de mi familia, pero veo también que **ellos tienen su familia, tienen su vida y demás**. En un momento dado pueden estar ahí, pero si es para más duración no lo veo”.*

Grupo de discusión personas con problemas de salud.

“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 pues nos encontramos con hermanos muy funcionales que han querido continuar con ese vínculo y con esos cuidados a su familiar afectado por una problemática de salud mental, y en otras ocasiones pues son familiares que se han distanciado absolutamente porque no han podido continuar con esa labor que llevaron a cabo sus padres, pero que ellos no están en condiciones o directamente no quieren”.

Entrevista 16.

En las entrevistas con profesionales como 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 su 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, mucho, mucho, 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 acompaño**. Entonces me preocupa, que el día que yo no esté, por el vínculo que tiene conmigo, le puede pasar cualquier cosa... estos chicos son para los padres, nada más estos chicos son para los padres, nada más.*

*“Él tiene una dependencia de mí tal, vive conmigo, una dependencia tal que **estoy desesperada**, o sea, ahí no sé qué hacer. Además, es que en cuanto, ¿me traes agua mamá? Y 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, como tus hijos, tienen su vida, pero no le atienden. Tienen sus hijos, su pareja, su vida, bueno, pues sus historias, y entonces soy yo la que tengo toda la carga, afectivos con algún familiar, esos contactos telefónicos con parte de la familia, esas visitas familiares puntuales o vacacionales... Entonces, al final eso enriquece tanto a la persona que también genera pues que las personas que tienen esas vivencias pues estén menos aplanadas afectivamente y se encuentren también, su autoestima, pues mucho más recompensada que las personas que no tienen a nadie”.*

Grupo de discusión familiares



Las familias han expresado sus **preocupaciones respecto al futuro** de su familiar con problemas 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.

“El tema de la enfermedad mental, nunca sabes cómo va a ir, entonces, si llevan no sé cuántos años estables, yo estoy encantada de la vida”.

*“Nosotros tenemos otros hijos, pero cada uno vive en su casa ¿quién se va a hacer cargo si tiene problemas? Pueden ocuparse un día.. Ahí es donde creo yo que habría que trabajar, para que cuando pase no se queden en la calle sin saber administrarse y sin tener nada.. creo que **no se pueden quedar desprotegidos**. Porque si él tiene los picos malos, como los ha tenido muy malos con 20 años, y ahora tiene 46, pues si le pasa algo, cuando tenga 70 o 80, ¿quién se va a hacer cargo de él? Cuando pasen los años y no tenga quien lo cuide, ¿de qué va a vivir?”.*

“La cosa es que estén ellos juntos, hacer una residencia y juntar a todos en Castilla y León, tener una residencia para ellos, que tengan un psiquiatra, que estén pendientes de la medicación según son mayores...”

Grupo de discusión familiares.

Sienten una gran carga respecto al tratamiento médico de su familiar, piensan que su ausencia provocará el abandono del tratamiento.

“El mío las pastillas se las prepara él, pero si yo me voy, se va a la cama sin tomarlas..no puede vivir solo, yo sé que no puede vivir solo..también pienso, tal vez, como él sabe que estoy yo, porque estoy pendiente. Estoy, ¿habrá tomado la pastilla? Porque siempre digo, las pastillas son tu vida.. alguna vez no lo ha tomado, al día siguiente anda un poco desorientado y tal. Entonces bueno, yo no sé qué será de este chico”.

Grupo de discusión familiares.

La salud mental de los familiares se ve también afectada, además de 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 ... la cabeza está siempre funcionando, ¿cómo estará, cómo no estará? ¿Estará bien, no estará bien? ... Necesitaría un poco de ayuda psicológica y hablar con más gente para aprender un poquito, los casos que hay por ahí, que hay mucho, a ver cómo ellos lo llevan. Pues igual 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.

“Les ves súper estresados y agobiados por el tema de dónde le llevamos, dónde le metemos, dónde le dejamos. Preguntándote por viviendas, hay veces que en viviendas no son aptos para entrar, preguntando por residencias, y un poco ayudamos para ver dónde se les puede colocar. Pero sí que, su envejecimiento junto con el envejecimiento familiar complica y les estresa, porque no saben dónde ubicarles ... muchas veces son hermanos o son familiares cercanos en cuanto a que los padres ya son mucho más mayores, entonces ya son los hermanos los que se suelen encargar”.

Grupo de discusión profesionales

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 profesionales de las entidades y se apunta el valor positivo que puede tener en algunos casos en los que cuidar ofrece un sentido.

“La persona con enfermedad mental está viendo que está envejeciendo, como que se está implicando más en el cuidado de su familiar. Entonces como que parece que como hay un freno en su deterioro, dice, ya tengo que cuidar a alguien, entonces se ve que ahí se preocupa más

de él, dentro de su enfermedad, o también de cuidarse, y también de lo que tiene que hacer el familiar, mi padre o mi madre. Principalmente madre, que es la mujer, pues tengo que estar pendiente, voy a ayudar, tengo que estar con ella porque no puede estar sola este rato”.

“Yo también lo he apreciado, ese cambio de rol, de antes me cuidaban y ahora soy yo el cuidador, sí que lo he apreciado en varias personas. Y yo creo que también les provoca mucha inseguridad y muchos nervios, el pensar si yo sabré cuidarles... Tengo un caso ahora mismo en la mente que no ha hecho la comida en la vida, no ha hecho la cama en la vida, y ahora me deja sorprendidísima porque está la madre fastidiada, debe tener 90 años, y está como muy preocupado. Pero sí que, su envejecimiento junto con el envejecimiento familiar complica y les estresa, porque no saben dónde ubicarles... muchas veces son hermanos o son familiares cercanos en cuanto a que los padres ya son mucho más mayores, entonces ya son los hermanos los que se suelen encargar”.

Grupo de discusión profesionales

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. Corresponderá revisar las trabas que puedan darse para, cumpliendo los requisitos, acceder a esta prestación.



Tabla 15 | Factores de riesgo y protección en relación con el envejecimiento saludable y pleno de las personas con problemas de salud mental.

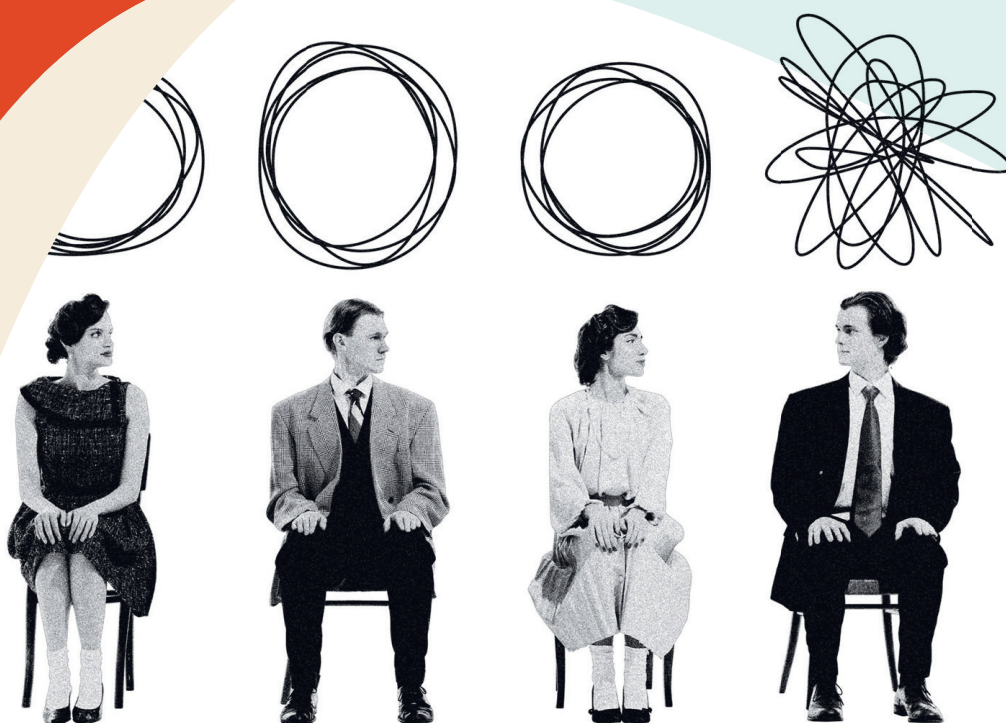
Ámbito	Factores de riesgo	Factores de protección
Salud (aspectos psicocorporales, médico- farmacológicos)	• Problemas de movilidad, obesidad, y otras enfermedades crónicas a edades relativamente jóvenes. • Efectos secundarios de la medicación. • Número de crisis graves (número de ingresos hospitalarios). • Consumo de tabaco. • Bajos niveles de actividad física.	• Actividades de prevención de las entidades.
Social (empleo, prestaciones, acceso a servicios y recursos, ...)	• 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 sociosanitarios, las relaciones interpersonales y las oportunidades de empleo. • El SAAD siempre entiende o reconoce las necesidades de las personas con problemas de salud mental. • Falta de seguimiento y atención profesional continuada.	• 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...)	• El Estigma/ Edadismo. • El aislamiento y la soledad no deseada. • El envejecimiento relativo de los apoyos informales. • La sobrecarga de las cuidadoras principales	• Entorno familiar. Vinculos 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.

6.

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

Conclusiones y propuestas



6. Conclusiones y propuestas

6.1. Conclusiones

El presente estudio tiene como objetivo conocer la situación de las personas con problemas de salud mental en proceso de envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, identificar los perfiles existentes, conocer 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.

Se ha seguido un planteamiento metodológico plural, que parte de la revisión bibliográfica que permitió un acercamiento al conocimiento disponible sobre el envejecimiento de las personas con problemas de salud mental, por otro lado, a través de una encuesta dirigida a personas con problemas de salud mental de 45 años y más residentes en la región y 19 entrevistas abiertas y 3 grupos de discusión con agentes clave (personas con problemas de salud mental de 45 años y más, familias y profesionales).

En este apartado detallamos las conclusiones y propuestas que resultan de este proceso de investigación:

1. La salud mental se define, según la OMS, como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés, desarrollar habilidades, aprender y trabajar adecuadamente, y contribuir a su comunidad. Es esencial para la salud y el bienestar general. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental.
2. El envejecimiento implica una acumulación de daños moleculares y celulares que llevan a un declive gradual en las capacidades físicas y mentales. Sin embargo, factores como el estilo de vida y el entorno también juegan un papel importante en la calidad de vida durante la vejez.
3. 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.
4. De acuerdo con los datos de 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. Los datos por edad indican que el 77,09% de esta población tiene 45 o más años (23.166 personas) y el 54,6% es mujer. Valladolid, León y Burgos son las provincias con mayor población con discapacidad por enfermedad mental.

5. Los datos también 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.
6. En el marco del presente estudio se ha realizado una encuesta dirigida a personas con problemas de salud mental mayores de 45 años, esto ha permitido contar con aproximación a la situación y necesidades del colectivo:

a. Datos Sociodemográficos

- **Edad y Sexo:** Se recogieron datos de 328 personas con problemas de salud mental mayores de 45 años. 41% mujeres, 57% hombres. **Promedio de edad:** 56,3 años; un 10,4% superaba los 65 años. **Reconocimiento de Discapacidad y Dependencia:** El 91% tenía certificado de discapacidad, y el 74% tenía reconocida la situación de dependencia, en diferentes grados. **Lugar y Zona de Residencia:** El 65% residía en un domicilio particular, el 30% en una vivienda tutelada y un 4% en una residencia. La mayoría de las personas vivían con familiares, aunque un 30% vive solo. Por otra parte, un 35% vivía en zonas rurales y el 65% en zonas urbanas.

b. Diagnóstico y Atención de la Salud

- **Diagnósticos Principales:** Los diagnósticos más comunes fueron esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (43%), trastornos depresivos (16%), trastornos de ansiedad (10%) y trastorno bipolar (9%). **Medicación:** El 55% tomaba antipsicóticos, el 49% antidepresivos, el 19% estabilizadores del ánimo y el 6% antiepilépticos. **En promedio, las personas tomaban 1,8 fármacos relacionados con su problema de salud mental.**
- **Percepción de Dificultades:** Las mayores dificultades se percibieron en el desempeño laboral, la administración de la propia economía y las interacciones personales. El autocuidado fue el ámbito con menos dificultades.
- **Apoyo en la Vida Diaria:** El 73% de las personas necesitaba ayuda diaria, proveniente principalmente de familiares y profesionales, mayoritariamente mujeres. La **edad promedio de las personas que prestan apoyo** es 53,9 años. Edad promedio de los familiares que prestan apoyo: 60 años.

c. Hábitos de Consumo, Actividad Física, Enfermedades Crónicas

- **Consumo de Tabaco y Alcohol:** El 27% de las personas consumía tabaco habitualmente y el 2% alcohol de forma regular.
- **Niveles bajos de actividad física:** un 18% no realiza ningún tipo de ejercicio y un 43% mantiene una actividad física escasa. Las mujeres presentan un nivel de actividad física peor que la de los varones.
- **Problemas de Salud:** Además de problemas de salud mental, el 31% tenía colesterol elevado, el 30% sobrepeso, el 22% hipertensión arterial y el 18% diabetes. Un 32% presentaba más de un problema de salud.
- **Percepción del estado de salud:** El 45% consideraba su salud como buena o muy buena, el 43% regular y el 9% mala o muy mala. Los hombres tendían a valorar mejor su salud que las mujeres.

d. Inclusión

- **Sentimiento de Soledad:** Un 28% se sentía solo continuamente o muchas veces, siendo más frecuente en mujeres.
- **Experiencias de Abuso y Maltrato:** El 21% había sufrido abuso por parte de otras personas y el 7% por parte de su pareja o expareja.
- **Ingresos:** Un 15% de las personas no percibe ningún tipo de ingreso. Un 76% sí cuenta con ingresos, el 38% de estas personas recibe una pensión no contributiva por invalidez.

7. 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.
8. Entre las personas con problemas de salud mental 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 relacionadas con la madurez personal aparecen como cuestiones más relevantes e inmediatas.
9. 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.
10. Desde la perspectiva de los 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 medicación, la institucionalización, la soledad y el aislamiento, entre otros.
11. Juntos con los datos de la encuesta de este estudio, 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. 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, la falta de seguimiento y atención profesional continuada en el ámbito de la salud. Entre los factores protectores para un envejecimiento saludable está sin duda la labor de las entidades asociativas de salud mental y el apoyo de las familias.

6.2. Propuestas

- Creación de un grupo de trabajo de envejecimiento activo que permita compartir conocimiento y experiencia entre las distintas entidades de la Federación Salud Mental de CyL.
- Estudiar las diferencias en el proceso de envejecimiento entre las mujeres y los hombres con problemas de salud mental para entender y atender mejor sus necesidades diferenciadas.
- La Federación diseñó en su momento la Escala de Riesgo Psicosocial asociado al envejecimiento de las personas con problemas de salud mental, podría ser conveniente recuperar esa Escala para facilitar la detección de situaciones de vulnerabilidad.
- Tender puentes con otras entidades en el ámbito de la atención a personas mayores para compartir conocimiento y prácticas.
- Mejorar la financiación para la atención de las personas con problemas de salud mental que están envejeciendo. La financiación actual es insuficiente para cubrir las necesidades de este colectivo y mantener los programas de manera sostenible.
- Formación sobre envejecimiento dirigida a los profesionales de atención directa.
- Formación y sensibilización del personal sanitario sobre las necesidades de atención de las personas con problemas de salud mental, contemplando la comprensión de sus procesos de envejecimiento.
- Programas específicos de tabaquismo en personas con enfermedad mental grave.
- Programas específicos de salud cardiovascular.
- Programa específico de prevención del suicidio.
- Vigilancia epidemiológica para comprobar que se está haciendo un uso correcto de los psicofármacos y evitar la sobremedicación.
- Seguir impulsando el Servicio de Asistencia Personal.
- Valorar la incorporación de servicios como la fisioterapia y la logopedia.
- Valorar si los programas de empleabilidad deben incidir en la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental mayores de 45 años.

- Viviendas supervisadas especializadas. Se necesitan más viviendas supervisadas con mayores apoyos para retrasar el acceso a instituciones y asegurar una atención adecuada y personalizada.
- Adaptación de actividades y programas a las nuevas necesidades de las personas con problemas de salud mental en proceso de envejecimiento.
- Valorar las dificultades de movilidad o su necesidad de más tiempo para ciertas tareas, por ejemplo.
- Ajustar las herramientas de valoración de dependencia a las necesidades reales de las personas con problemas de salud mental.
- Potenciar las redes comunitarias y la participación de las personas con problemas de salud mental mayores.
- Crear grupo de apoyo a las familias que estén afrontando el proceso de envejecimiento de su familiar con problemas de salud mental.
- Diseñar campañas de sensibilización sobre los problemas de salud mental y el edadismo.



7.

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

Referencias bibliográficas





7. Referencias bibliográficas

AEGON. (2022). V Estudio Salud y Vida.

<https://fr.zone-secure.net/149562/1614830/#page=1>

Álvarez, F.J., Rubio-Aparicio, M., Gurillo, P., García, A.M., Sánchez-Meca, J. y Navarro-Mateu, F. (2020). Suicidio y demencia: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, 13 (4), pp 213- 227

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.012>

Aoki, T., Yamamoto, Y., Ikenoue, T., Urushibara-Miyachi, Y., et al. (2018). Social Isolation and Patient Experience in Older Adults. *Annals of Family Medicine*, Sep; 16 (5), pp 393- 418. DOI: 10.1370/afm.2257

Bethancourt, Y.C., Bethancourt, J., Moreno, Y. y Saavedra, A. (2015). Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. *Mediciego*, 21 (1).

<http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/85/378>

Beunders, Alexandra JM ; Orhan, Melis d ; Dols, Annemiek (2023) . Older age bipolar disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 36(5):p 397-404, September 2023. | DOI: 10.1097/YCO.0000000000000883

https://journals.lww.com/co-psychiatry/fulltext/2023/09000/older_age_bipolar_disorder.10.aspx

Brown, S., Inskip, H., Barraclough, B. (2000) Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 177, pp 212-7.

Carmona Fortuño, I. y Molés Julio, M. P. (2018). Problemas del sueño en los mayores. *Gerokomos*, 29 (2), pp 72- 78.

<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00072.pdf>

Chan, J. K. N., Tong, C. H. Y., Wong, C. S. M., Chen, E. Y. H., & 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

https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/life-expectancy-and-years-of-potential-life-lost-in-bipolar-disorder-systematic-review-and-metaanalysis/3C1A114FOB3E703984F95FDE7D68B171?utm_campaign=share_aholic&utm_medium=copy_link&utm_source=bookmark

Cuesta, A.B. (2020). Envejecimiento Activo, objetivos y principios: retos para el trabajo social. *ZERBITZUAN*, 72, pp 49- 60. DOI

<https://doi.org/10.5569/1134-7147.72.04>

Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., et al. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord*. Jun 92 (2-3), pp 185-193.

Díaz- Prieto, C. y García-Sánchez, J.N. (2019). Influencia de las experiencias vitales sobre la calidad de vida percibida de



adultos y mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, Revista INFAD de Psicología, Nº1 - Monográfico 1, pp 321- 328. DOI:

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v2.1648>

Etxeberria, I. y Urdaneta, E. (2018). Profiles in emotional aging: does age matter? *Aging & Mental Health*, 22 (10), pp 1304– 1312. DOI: 10.1080/13607863.2017.1286450

Federación Salud Mental Castilla y León, 2018. Estudio “Mujer y Salud Mental”. Necesidades, demandas y propuestas.

<https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Estudio-Mujer-Salud-Mental- 2018.pdf>

Federación Salud Mental Castilla y León. (2019). Asistencia personal en salud mental. Experiencia de Salud Mental Castilla y León.

<https://consalmudmental.org/centro-documentacion/guia-asistencia-personal- salud-mental/>

Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing & Society*, 36 (3), pp 586- 612. DOI:10.1017/S0144686X1400138X

Ferreira, M. C. G., Tura, L. F. R., Silva, R. C. D. y Ferreira, M. A. (2017). Social representations of older adults regarding quality of life. *Rev Bras Enferm*, 70 (4), pp 806- 813. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0097

Ferrucci, L., Gonzalez-Freire, M., Fabbri, E., et al. (2020). Measuring biological aging in humans: A quest. *Aging Cell*, 19 (2), pp 130- 180.

<https://doi.org/10.1111/accel.13080>

Forjaz, M.J., et al. (2021). Sumando calidad de vida a los años. Propuestas para combatir la soledad y promover una buena salud mental en personas mayores. Policy brief: proyecto QASP.

Gallegos, K., Garcia, C., Duran, C. A., Flores, Y. N. y Salmeron, J. (2009). Relationship between social support and the physical and mental wellbeing of older Mexican adults with diabetes. *Rev Invest Clin*, 61 (5), pp 383- 391.

García, G. A. J. y Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos*, 33, pp 3- 9. DOI:

<https://doi.org/10.47197/retos.v0i33.50969>

Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M.Á., Cáliz, L., et al. (2020). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria*, Apr 52 (4), pp 224- 232. DOI: 10.1016/j.aprim.2018.09.012

Geriatrea (2019). Las enfermedades mentales graves producen un envejecimiento “desordenado y acelerado”. Marzo, 2019.

<https://www.geriatricarea.com/2019/03/20/las-enfermedades-mentales-producen-un-envejecimiento-desordenado-y-acelerado/>



González Iglesias, M. Á. (2022). La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia. *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, 18, pp 215- 235.

<https://doi.org/10.24965/reala.11099>

González Leonardo, M., y López-Gay, A. (2021). Del éxodo rural al éxodo interurbano de titulados universitarios: la segunda oleada de despoblación. *Ager, Revista de Estudios Sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, 31, pp 7-42.

<https://doi.org/10.4422/ager.2021.01>

González-Rodríguez, A., Guàrdia, A., & 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>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009) *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y política social*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Hassoun, H., Bermejo, J.C., Villaceros, M., et al. (2019). Relation between spiritual wellbeing, quality of life and sense of suffering in a population of elderly religious resident in Spanish centres. *Gerokomos*, 30 (3), pp 124- 129.

<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n3/1134-928Xgeroko-30-03-124.pdf>

Hecheverría, M.M., Ramírez, M., García, H. y García, A. (2018). El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Revista Información Científica*, 97 (6), pp 1173- 1188.

<https://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n6/1028-9933-ric-97-06-1173.pdf>

Hennekens, C.H., Hennekens, A.R., Hollar, D., Casey, D.E. (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*, 150 (6), pp 1115-21.

Instituto Nacional de Estadística. (2022). Defunciones según la causa de muerte más frecuente - Resultados definitivos 2022.

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

Instituto Nacional de Estadística. (2022). Nota de prensa Proyecciones de Población 2022- 2072. Comunicado de Prensa.

https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf



Junta de Castilla y León. (2022). Plan de acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social (2022-2025).

Kirkpatrick, B., Messias, E., Harvey, P.D., Fernandez-Egea, E., Bowie, C.R. (2008). Is schizophrenia a syndrome of accelerated aging? *Schizophr Bull*, 34 (6), pp 1024-32.

Ko, Y., Han, S. Y. y Jang, H. Y. (2021). Factors influencing suicidal ideation and attempts among older Korean adults: focusing on age discrimination and neglect. *International journal of environmental research and public health*, 18 (4), pp 18- 52.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18041852>

Kocalevent, R.D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., et al. (2018). Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychology*, 6 (1).

<https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9>

Lara, E., Caballero, F.F., Rico-Urbe, L.A., Olaya, B. et al. (2019). Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? *Int J Geriatr Psychiatry*, Nov 34 (11), pp 1613- 1622. DOI: 10.1002/gps.5174.

Levasseur, M., Desrosiers, J. y Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities?. *Disability and Rehabilitation*, 26 (20), pp 1206- 1213.

Lindamer LA, Buse DC, Auslander L, Unützer J, Bartels SJ, Jeste DV. A (2003) comparison of gynecological variables and service use among older women with and without schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2003 Jun;54(6):902-4. doi: 10.1176/appi.ps.54.6.902. PMID: 12773608.

López Peláez, A. y Castillo de Mesa, J. (2020). Prólogo. La atención a la persona, una visión de futuro. La protección jurídica de la atención a las personas en materia de Servicios Sociales, una perspectiva interdisciplinar. Editorial M. V. Fornis i Fernández, pp. 21-36. Atelier.

Martinez-Cengotitabengoa, M., Diaz-Gutierrez, M.J., Besga, A., et al. (2018). Benzodiazepine prescriptions and falls in older men and women. *Revista Psiquiatrica de Salud Mental*, 11, pp 12- 18. DOI: 10.1016/j.rpsm.2017.01.004

Mesa- Fernández, M., Pérez- Padilla, J., et al. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficiencia. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 24 (1), pp 115- 124.

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n1/1678-4561-csc-24-01-0115.pdf>

Milán de Paz, M.L. (2023). Análisis de la evolución del consumo de fármacos ansiolíticos, hipnóticosedantes y antidepresivos en Castilla y León. Trabajo de Fin de Grado 2022-2023, Grado en Medicina. Universidad de Valladolid, Departamento Biología Celular, Genética, Histología y Farmacología.



<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/60631/TFG-M2968.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C. y Gemmill, A. W. (2019). Social Support. A Protective Factor for Depressed Perinatal Women? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (8).

<https://doi.org/10.3390/ijerph16081426>

Ministerio de Sanidad. (2020). Encuesta Europea de Salud en España.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf

Navaratnarajah, A., y Jackson, S. H. D. (2013). The physiology of ageing.

Medicine, 41 (1), pp 5–8.

<https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.10.008>

O'Connell, H., Chin, A.V., Cunningham, C., Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people- redefining an age old problem in old age. *BMJ*, 327 (7416):664-7.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Suicidio.

<http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Decade of Healthy Ageing 2020- 2030.

https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfursn=73137ef_4

(2022). Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos. Génova: Organización Mundial de la Salud.

<https://katalogoa.sis.net/Record/582434>

Otte, C., Stefan M., Penninx, B. et al. (2016). Major Depressive Disorder. *Nature Reviews Disease Primers* 2 (Mdd). Macmillan Publishers.

Pedrero-Pérez, E.J., Haro-León, A., Sevilla-Martínez, J. y Díaz-Zubiaur, E. (2023), La soledad: asociación con la salud mental en un estudio poblacional.

Behavioral Psychology/Psicología Conductual, vol. 31, N. 3, 2023

<https://www.behavioralpsycho.com/producto/la-soledad-asociacion-con-la-salud-mental-en-un-estudio-poblacional/>



Petretto, D.R., Gaviano, L., Mateos, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 51 (4), pp 229- 241. DOI: 10.1016/j.regg.2015.10.003.

Puello, A., Sánchez, E., Álvaro, C. y Flórez, M. (2017). Nivel de felicidad en un grupo de adultos mayores de montería, pertenecientes a un programa de danza. *Revista Avances en Salud*, 1 (1), pp 29- 36.

<https://doi.org/10.21897/25394622.1189>

Quezada García, M. 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*.

Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. y Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33 (2), pp 342- 350.

<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>

Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R. y Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38 (6).

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.009>

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.; 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/

White, A. M., Philogene, G. S., Fine, L. y Sinha, S. (2009). Social support and self- reported health status of older adults in the United States. *American journal of public health*, 99 (10), pp 1872- 1878. DOI: 10.2105/AJPH.2008.146894

Whitney, S. L., Ellis, J., Otis, L. y Marchetti, G. (2019). A Multidimensional Exercise Program in the Home for Older Adults Designed to Improve Function. *Home Health Care Management & Practice*, 31 (3), pp 147–154.

<https://doi.org/10.1177/1084822318820531>

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



federación
SALUD MENTAL
Castilla y León