

Salut mental amb perspectiva d'edat

Estudi sobre envelliment i benestar emocional



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Informe realitzat per:

Montserrat Celdrán Castro (UB)

i Bàrbara Mitats (SMC)

Febrer de 2025

La recerca participativa **“Salut mental amb perspectiva d’edat: estudi sobre envelliment i benestar emocional”**, ha estat possible gràcies a la implicació de 44 persones en el procés participatiu.

Han col·laborat 23 persones voluntàries (primeres persones i familiars), membres del Comitè Assessor i participants en grups de reflexió, i 5 professionals d’atenció directa del servei de Clubs socials. A totes elles, el nostre agraïment i reconeixement per alçar la veu en representació dels tres col·lectius, per continuar reivindicant una atenció de qualitat, més humana i justa.

També volem agrair la participació de les 16 representants institucionals com a membres del Consell Assessor. A totes elles, el nostre agraïment i reconeixement per implicar-se en el treball col·laboratiu, per contribuir a la millora de l’atenció en salut mental, i la promoció del benestar emocional de persones grans i entorn proper.

Amb la participació de:

ACRA - Associació Catalana de Recursos Assistencials
Ajuntament de Barcelona
Consell Assessor de la Gent Gran de Barcelona
Consell de la Gent Gran de Catalunya
Cooperativa SUARA
Departament de Drets Socials i Inclusió de la Generalitat de Catalunya
Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
Diputació de Barcelona
FEATE - Federació d'Entitats d'Atenció a l'Envelliment
Fundació Amics de la Gent Gran
Fundació Enllaç
Fundació Salut i Envelliment UAB

Amb el suport de:



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**



Generalitat de Catalunya
**Departament d'Igualtat
i Feminisme**



Ajuntament de
Barcelona

Aquesta obra té llicència [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/). Es permet copiar i redistribuir el material en qualsevol mitjà i format, sempre que no tingui finalitats comercials i no es distribueixi cap obra derivada.



Índex

Introducció teòrica	4
Envel·liment amb una història de problemes de salut mental	5
Problemàtica de salut mental i envelliment	7
Elements facilitadors per a un bon envelliment	8
Cures en salut mental i envelliment	11
Objectius del projecte	14
Metodologia	14
Fase 1. Estudi quantitatiu	14
Fase 2. Estudi qualitatiu	15
Resultats fase 1: Estudi quantitatiu	18
Resultats fase 2: Estudi qualitatiu	30
Conclusions	38
Referències	43

Introducció teòrica

La població catalana envellaix: actualment les persones de 65 i més anys suposen el 19,35% de les residents a Catalunya, una població, a més, molt feminitzada (56,98%) (Idescat, 2023).

Les condicions de vida i socials favorables poden permetre envellir amb millor qualitat de vida, amb més oportunitats de participació social i de creixement personal. Així es promou en paradigmes de polítiques socials com ara l'envelliment actiu o el més recent envelliment saludable (WHO, 2020).

No obstant això, l'envelliment també suposa reptes en les relacions socials i familiars, en com es distribueixen les tasques de cura o en com les persones grans es poden sentir discriminades o excloses dels àmbits comunitaris de participació social.

L'atenció en salut mental a les persones grans no ha tingut ni el ressò ni els recursos necessaris en el seu acompanyament, situació agreujada encara més durant la pandèmia per la COVID-19 (Lau et al., 2023). L'OMS (2023) alertava que un 14% de la població de més de 60 anys tindria un trastorn mental, especialment depressió i trastorns d'ansietat. A més, un 30% de les persones que van morir per suïcidi a Espanya l'any 2022 eren persones de 65 o més anys (INE, 2022).

L'envelliment pot suposar un risc per a la salut mental davant de la pèrdua de persones significatives, l'experiència de la soledat no desitjada de llarga durada, o per sentir-se poc útil o una càrrega per a l'entorn (Fiske et al., 2029).

L'edatisme o discriminació per raó d'edat pot agreujar encara més l'estigma per una problemàtica de salut mental, considerant les persones grans com no capaces de fer canvis a nivell psicoterapèutic o excloent aquesta franja d'edat en les accions de les entitats públiques i privades que treballen amb persones amb problemes de salut mental (Robb et al., 2020). A més, des d'una perspectiva de cicle vital, també hem de considerar aquelles persones que envellaixen amb una història de vida amb problemes de salut mental, amb un risc d'envelliment prematur i sense les condicions i serveis apropiats per cobrir les seves necessitats vitals (Wertz et al., 2021).

Tots aquests elements porten a la necessitat d'impulsar accions de prevenció, detecció i intervenció en salut mental de persones grans, per millorar la seva

qualitat i satisfacció amb la vida, l'acompanyament i els tractaments, així com les accions de prevenció que redueixin els factors de risc de tenir problemàtica de salut mental en la vellesa. A continuació, es presenta una breu revisió bibliogràfica amb els principals antecedents sobre la temàtica.

Envelliment amb una història de problemes de salut mental

Un primer escenari a contemplar és l'**envelliment de les persones amb problemes de salut mental**, ja sigui des de la infància o adolescència, o durant l'etapa adulta.

La primera temàtica trobada parla sobre el concepte d'envelliment accelerat en aquesta població, no només per la menor esperança de vida sinó per les pitjors condicions de salut física, com ara problemes cardiovasculars o respiratoris que repercuteixen en la qualitat de vida i necessitats de cura d'aquestes persones (Richmond-Rakerd et al., 2021). Altres estudis també han observat més problemàtiques de salut física vinculades a l'edat en persones més joves que han tingut historial de trastorn mental, com ara problemes de visió o auditiu, d'equilibri o dificultats cognitives (Wertz et al., 2021). Aquesta vinculació no només està explicada a nivell biològic pels canvis que es produeixen de manera precoç a nivell cel·lular (Lorenzo et al., 2023) sinó també per les desigualtats socials que es van acumulant en la trajectòria de vida de les persones, com ara un menor nivell educatiu o econòmic (Fancourt i Steptoe, 2024).

La salut subjectiva també té un paper important a l'hora de comprendre la mirada de les persones sobre la seva condició de vida i les decisions que prenen a nivell d'hàbits saludables o de participació social durant el procés d'envelliment. En aquest cas, es destaca com persones amb problemàtica de salut mental en primera persona acostumen a sentir-se més grans que persones de la mateixa edat sense trastorn mental (Wertz et al., 2021). Això influeix a nivell conductual en les decisions de participació social (per exemple, disminuir l'activitat social perquè la pròpia persona es considera gran per fer-la) i en les decisions de prevenció de problemes de salut física. Per tant, la barrera simbòlica dels 65 anys per a considerar un programa social dirigit a persones grans o per realitzar accions per prevenir malalties i dependència en la vellesa, haurien de plantejar-se molt abans en persones de mitjana edat amb vivències de primera persona en salut mental. En segon lloc, és essencial conèixer la **vivència del propi procés d'envelliment** en persones que han conviscut durant anys amb problemes de salut mental. Habitualment, la mirada sobre què es envellir bé ens ve donada per

aquelles persones sanes a nivell físic i mental, que despleguen tota una sèrie d'estratègies d'afrontament i de recursos a l'hora de poder prevenir situacions de dependència, i continuar amb projectes vitals i socials significatius per a la persona.

Aquest fet dificulta comprendre els mecanismes compensatoris que poden utilitzar persones grans amb dificultats de salut física i mental per donar valor al seu moment vital, acceptar-ho i ajustar les metes i objectius segons les condicions de vida actuals. Aquesta mirada està molt més elaborada des del camp de la discapacitat física adquirida abans de l'envelliment (per exemple, Putnam i Bigby, 2021) que en problemàtiques de salut mental. Marcs teòrics com ara la teoria de la selecció socieomocional ens donen peu a indagar com, en fer-nos grans, es maximitzen els processos de selecció d'objectius, vivències que potenciïn les emocions positives i la preferència cap a estímuls i relacions positives (Carstensen et al., 1999). Per exemple, en treballs qualitatius, persones grans amb diagnòstic d'esquizofrènia eren capaces de narrar una mirada positiva cap a l'envelliment i trobar moments de satisfacció vital, de creixement personal i d'un major coneixement d'elles mateixes, sense les pressions socials i dificultats que algunes relataven que havien tingut durant l'edat adulta (Mushkin et al., 2018). Poder participar en activitats amb altres persones grans fa que sentin que se les tracta com a iguals, sense tenir tant en compte la seva condició de salut mental, i inclús algunes arriben a argumentar que viuen l'envelliment com un èxit, com una batalla guanyada a les dificultats viscudes en la vida amb la seva problemàtica de salut mental i els sentiments d'exclusió familiar i social experimentats prèviament (Mushkin et al., 2018).

És necessari una **mirada més complexa i positiva sobre l'envelliment** d'aquesta població, posant el focus en la possibilitat de treballar el benestar psicològic de la persona gran, com ara potenciar les relacions positives en la comunitat, una millor auto-acceptació, un millor control sobre l'entorn i sobre les decisions sobre la pròpia vida, i dotar d'oportunitats per al creixement personal o per a tenir objectius personals, entre d'altres elements de benestar (Ryff, 1995). Una revisió sobre les intervencions en benestar en persones grans amb trastorn mental apunta a que les àrees sobre les possibilitats d'aprenentatge i creixement o la del sentit de propòsit personal no han rebut gaire atenció prèvia en la literatura publicada (Zechner et al., 2019). Altres apunten que molts dels perills d'un envelliment prematur es podrien treballar si es potencien els recursos i l'atenció a aquelles persones amb problemes o situacions socials en les que es poden intervenir, com ara reduir el risc cardiovascular o augmentar la xarxa de suport comunitari i d'iguals (Odgen, 2021).

Problemàtica de salut mental i envelliment

Un altre àmbit important de recerca està vinculat al fet que persones grans debutin amb algun **problema de salut mental durant l'etapa de la vellesa**. De fet, la variable de salut mental (si augmenta o no, per exemple, els símptomes depressius o ansiosos) és molt habitual en els estudis sobre envelliment, sense que la recerca se centri específicament en la salut mental de la persona gran, si no en qüestions més concretes (soledat, cures, situacions de dependència, deteriorament cognitiu...) però no com una variable més. Aquest interès per la salut mental en la recerca s'ha vist incrementat arrel de la pandèmia de la COVID-19. Estudis poblacionals van observar que les persones grans, en general, van afrontar millor la pandèmia, mostrant eines més efectives d'afrontament i mostrant més resiliència, en comparació amb altres grups d'edat (Vahia et al., 2020; Webb i Chen, 2022).

No obstant això, com es comentava al principi de l'informe, l'envelliment pot comportar elements de risc per disminuir la salut mental de les persones grans, com les pèrdues socials, de persones significatives, l'aïllament social o la pèrdua de la salut física (OMS, 2023), així com les desigualtats que es puguin haver anat acumulant al llarg de la vida (per exemple, un nivell educatiu baix o poques oportunitats laborals) (Reynolds et al., 2020). Les xifres varien segons els estudis o els diagnòstics de salut mental que s'incloguin, però per exemple, l'OMS determina la xifra de problemàtica de salut mental en el 14% de la població mundial més gran de 60 anys (OMS, 2023), sent la depressió i l'ansietat els trastorns més habituals. A més, l'efecte en la salut física d'aquest empitjorament en la salut mental es fa molt més evident en persones grans ja que augmenta el risc de fragilitat, de més dependència o d'una mort més precoç (Reynolds et al., 2020).

Les mesures de prevenció de la pèrdua de salut mental, com ara el treball comunitari en forma de "Ciutats amigues amb les persones grans" (OMS, 2007), en les que es treballa de forma integral elements com la participació social, el transport o l'accés a serveis de salut, s'apunten entre els exemples de mirades complexes a l'hora d'intervenir en salut mental i envelliment (Leung et al., 2024). L'accés a serveis de salut mental també es prioritari, ja que la literatura prèvia destaca la mirada estereotipada i negativa que professionals de salut poden tenir cap a les persones grans amb problemes de salut mental (Salime et al., 2021), fet que pot condicionar la forma d'avaluar la salut mental i les propostes o no d'intervenció en la població envellida (Bodner et al., 2018).

Elements facilitadors per a un bon envelliment

- **Afrontar la doble discriminació**

Ser una persona gran i tenir trastorn mental acumula i fa exponencial la mirada negativa que, en ocasions, la societat té sobre les persones grans i sobre les persones amb trastorn mental (Martinsson et al., 2012). Per exemple, en diverses ocasions ens apropem a observar l'envelliment únicament des de les limitacions i riscos, alertant sobre la dependència i les demències i defensant els canvis d'estils de vida més saludables com si poguessin prevenir no fer-se gran. Això genera, en moltes ocasions, no només una por a envellir, sinó també una negació del propi procés d'envelliment, la qual cosa dificulta poder preparar-se a nivell psicològic, social i inclús legal per a quan es pugui produir alguna pèrdua significativa de salut que dificulti que la persona pugui prendre les pròpies decisions de forma autònoma (Swift et al., 2017).

Les persones amb problemàtica de salut mental no estan exemptes d'aquesta mirada negativa sobre l'envelliment, ja que aquests prejudicis són part de moltes societats occidentals. Aquest edatisme incorpora la mirada homogènia cap a aquest col·lectiu de persones, els sentiments negatius cap a elles (per exemple, escoltar una persona dir: "No vull estar amb persones grans") i les actituds negatives cap a elles (per exemple, sentir l'expressió: "Les persones grans no haurien de fer aquesta activitat"). Gang i Lee (2019), analitzant població adulta amb trastorn mental, relacionaven una major por a l'envelliment amb un menor benestar a nivell psicològic.

La por o rebuig a ser grans i tenir un trastorn mental té, en ocasions, més força que els propis símptomes del trastorn o els signes de l'edat, portant a la persona gran a sentir-se molt més aïllada i sense els suports necessaris pel seu dia a dia (Martinsson et al., 2012). A més a més, es poden donar situacions en que no es preservin els drets de les persones grans amb problemes de salut mental com el dret a decidir per elles mateixes o a la participació social a la comunitat (Holst et al., 2024).

En l'àmbit de l'administració, diferents autors (Martinsson et al., 2012) destaquen com en ocasions els serveis per a persones amb trastorn mental donen servei fins als 65 anys, sense la generació de serveis de continuïtat per a aquestes persones que es fan grans. Per tant, es qüestiona el fet que complir una determinada edat suposi, de forma arbitrària, la fi d'un servei de salut mental, encara que la

persona compleix amb les característiques físiques i cognitives per a continuar participant.

Aquest biaix edatista també el trobem en l'absència de dades sobre determinades condicions de salut mental de la població gran. Per exemple, la “Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España” (EDADES) només cobreix la població de 15 a 64 anys, i no va ser fins 2020 que es va realitzar una enquesta específica per a població de més de 64 anys (La Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años (ESDAM) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021). Aquest fet dificulta abordar la problemàtica de l'abús de substàncies en població envellida i poder tenir serveis que hi puguin intervenir i fer prevenció.

- **Reduir els sentiments de soledat i l'aïllament social**

El sentiments de soledat no desitjada han sigut un element d'estudi important en la literatura de l'envelliment, constatant l'important efecte negatiu que té per a la persona gran en la seva salut física i mental. La correlació entre depressió i soledat en persones grans és important, malgrat que la causalitat entre ambdues no és clara, i fins i tot s'apunta a la bidireccionalitat de les influències entre sentir-se sol/a i l'aparició o empitjorament de problemes de salut mental (Nuyen et al., 2020). “The campaign to end loneliness” (2020) descrivia la psicologia de la soledat com una espiral de pèrdua de relacions i un fracàs d'estratègies d'afrontament davant la situació de soledat, que porten a la persona a sentir-se cada vegada més sola, sense eines per combatre-la i amb sentiments finals de claudicació o d'indefensió apresada. A més, entre les mateixes persones grans hi ha l'estereotip que habitualment estan soles, pensament que fa creure, a les persones que se senten soles, que “la soledat és el que toca quan ens fem grans”. Tanmateix, cal posar el focus en els determinants socials i les oportunitats o obstacles que se'n deriven i que poden afavorir o dificultar la posada en marxa d'estratègies d'afrontament, a banda dels recursos i habilitats de cada persona.

Les persones amb problemes de salut mental en la vellesa manifesten sentiments de soledat i de pèrdua de relacions significatives com familiars i amistats properes. Aquest sentiment de soledat de llarga durada es fa molt més palès en persones amb una història llarga de problemes de salut mental que han viscut l'aïllament social i la pèrdua de relacions i d'oportunitats socials a llarg del seu cicle vital (Avieli et al., 2016). La soledat és un fenomen complex i les persones poden experimentar una o varies formes o fonts que poden incloure la soledat social (no disposar de persones al voltant per fer activitats o socialitzar-se); emocional (no disposar d'un vincle afectiu important i significatiu amb qui

compartir dubtes o neguits en cas de necessitat); o la soledat existencial, menys coneguda, però que es vincularia amb sentiments de buidor vital, de manca d'objectius o de sentiment de pertinença amb el món actual, elements que també són presents en persones amb problemes de salut mental (Avieli et al., 2016). Poder diferenciar la complexitat i diversitat de les fonts de la soledat és rellevant per poder realitzar accions de prevenció i intervenció en soledat no desitjada i salut mental. Per exemple, en població gran amb diagnòstic de problemes de salut mental, Dell et al. (2019) es descriu com els sentiments de soledat emocional tenen més correlació amb l'augment de símptomes depressius que la soledat més social. També s'han descrit en aquesta població com els sentiments de soledat i d'aïllament social contribueixen a empitjorar la salut mental i física de les persones grans, com ara més sedentarisme, pitjors hàbits alimentaris o menor mobilitat física (Reynolds et al., 2022), contribuint negativament a l'espiral de soledat que abans es descrivia.

Finalment, hi ha una altra mirada de la soledat, poc explorada en la literatura científica, que és la cerca d'una soledat desitjada (en anglès *solitude*) en la que es pot no només gaudir de l'espai propi i d'una activitat solitària, sinó també d'espais necessaris per a poder prendre decisions o desenvolupar la creativitat, entre d'altres finalitats. En persones que necessiten la cura o atenció d'una altra persona, com podria ser una part del col·lectiu de persones grans amb trastorn mental, es poden donar situacions en les que voldrien estar soles però no poden perquè necessiten a algú per fer alguna activitat social, instrumental o inclús bàsica de la seva vida diària. Gaudir de la soledat apareix en algunes narratives de persones grans amb trastorn mental com un moment de decisió pròpia, d'una activitat escollida i d'experimentació de pau i benestar en aquella estona en soledat (Polacsek et al., 2022).

• **Perspectiva de cicle de vida**

La vellesa es vincula a un moment vital descrit com d'avaluació i reflex de la vida que s'ha pogut construir. En persones amb múltiples desigualtats socials, en les que la problemàtica de salut mental i la manca de suports han dificultat aconseguir fites importants, ja sigui a nivell laboral, social o familiar, és rellevant considerar els sentiments que pot generar no poder desenvolupar una mirada coherent i satisfactòria de la pròpia narrativa de vida. Autors clàssics com ara Erik Erikson descriuen aquest procés com un moment d'integració dels diferents episodis de vida que podien contribuir al benestar i pau de la persona gran o, per contra, a la manifestació de sentiments de malestar, de neguit existencial, per no haver aconseguit els objectius vitals que eren importants.

Aquest relat és significatiu en persones en les que la medicació o les complicacions de salut les han portat a diverses hospitalitzacions que han dificultat un relat de vida amb objectius socials assolits en l'àmbit laboral o familiar (Avieli et al., 2016). Sense aquesta integració vital, la situació de desesperança i manca de coherència i significat de la vida de la persona porta a una pèrdua de benestar. En persones grans amb depressió, Polacsek et al. (2022) descriuen aquesta necessitat de cerca de sentit i significat a les seves vides a través de poder sentir un major control de la seva situació vital, prendre les pròpies decisions o planificar el futur, entre d'altres. La importància d'aquesta mirada narrativa ja s'ha observat en estudis que evidencien les millores en els símptomes depressius de persones grans, fent servir una teràpia de revisió de vida (Westerhof i Slatman, 2019). Aquesta mirada de cicle de vida possibilita tenir en compte la diversitat que ens podem trobar en persones grans que envelleixen amb trastorn mental i la necessitat de tenir persones professionals especialitzades en l'atenció psicosocial que entenguin no només de salut mental, sinó dels reptes i oportunitats que implica l'envelliment (Demmerle et al., 2023).

Cures en salut mental i envelliment

En societats occidentals capitalistes amb un fort nivell d'envelliment i baixa natalitat, s'alerta dels perills de no disposar de persones que adoptin rols de cuidadores familiars i professionals, per fer front a les necessitats futures de la població amb dependència. A aquest fet s'afegeix el poc reconeixement de la societat en general cap a les persones cuidadores, tant familiars com professionals. El cost en pèrdua de salut física i mental de persones cuidadores també té un impacte en la qualitat de cura i la relació entre la persona cuidadora i la persona cuidada. En el cas de la cura de persones amb trastorn mental trobem els mateixos reptes. Destacarem al menys dues tipologies o escenaris de cura que s'haurien de contemplar en l'abordatge de la salut mental i l'envelliment.

En primer lloc, s'ha de ressaltar el paper de **persones grans cuidadores de persones adultes amb trastorn de salut mental**. En aquests casos, ens trobem amb una ampliació de les necessitats, tant de la persona adulta amb trastorn mental, com de pares i mares (o d'altres familiars) grans, amb alguna dependència física i cognitiva. Si no hi ha un seguiment professional i social/comunitari, la probabilitat de situacions de major aïllament, de vulnerabilitat, de negligència o de pèrdua de salut augmenten en tots els membres de la família. De fet, el rol de cura de les persones amb trastorn mental s'ha destacat poc des de la literatura prèvia, sent més habitual la recerca que

investiga la pèrdua de salut mental en persones cuidadores de persones grans i les eines per intervenir en aquest risc de pèrdua de salut, però sense centrar-se en aquelles que prèviament ja tenien algun trastorn mental (Bom et al., 2019).

Hi ha molt pocs estudis específics sobre persones amb problemes de salut mental que adopten rols de cuidadores, i els pocs que hi ha apareixen en la literatura sobre maltractament a les persones grans. Hi ha un buit i, malauradament, el fet que la persona cuidadora tingui un trastorn mental, en ocasions s'ha considerat com a factor de risc per a que succeeixen situacions de negligència o altres tipus de maltractaments (Johannesen i LoGiudice, 2013), però no s'han invertit esforços en analitzar altres aspectes, quan existeixen evidències de com, per si sol, el trastorn mental no es vincula amb situacions de violència (per exemple Elbogen i Johnson, 2009). De fet, hi ha més evidència sobre violències exercides contra persones amb problemes de salut mental (Bhavsar i Bhugra, 2008). En les relacions de cura es poden donar interaccions d'ajuda mútua i reciprocitat en les relacions establertes a priori entre persona cuidada i persona cuidadora. Haselden et al. (2018), analitzant històries clíniques, o Labrum (2020), entrevistant persones cuidadores de persones amb trastorn mental, descriuen com les persones amb problemàtica de salut mental greu contribueixen a la cura d'altres persones per ajudar en les tasques de la vida diària, mentre també reben ajuda de familiars.

Aquesta cura compartida, de solidaritat entre membres de la família, ens parla també de la necessitat de poder sentir-nos útils i contribuir al benestar de les persones que ens envolten. Aquestes accions prosocials no només ajuden a no sentir-se una càrrega cap a la resta i a augmentar els sentiments de benestar, sinó que contribueixen a tenir objectius vitals generatius, que són rellevants especialment en l'etapa adulta i la vellesa, en la que moltes vegades el benestar propi no se centra tant en aconseguir coses per a sí mateix/a, sinó en poder deixar una empremta que pugui contribuir al benestar de les persones de l'entorn afectiu proper i la comunitat. A més de tractar-se d'una necessitat vital (Villar et al., 2024), poder tenir objectius generatius s'ha vinculat i treballat de cara a la recuperació i a la millora de la salut mental en persones adultes (Jordan et al., 2022).

Un altre tema vinculat a l'envelliment de la població en l'àmbit de la salut mental és la preocupació que mostren pares i mares de persones amb trastorn mental o altres figures de referència, sobre quina situació vital es trobarà la seva descendència quan ja no hi siguin. Aquests neguits moltes vegades han estat un continuïum al llarg del cicle de vida d'aquesta relació, però esdevenen molt més importants en processos de final de vida (Sivakumar et al., 2022). Es detecta la necessitat de més recerca que pugui evidenciar les necessitats i fortaleeses de persones adultes amb problemàtica de salut mental que han necessitat molt suport per enfrontar dificultats diverses durant llargs períodes, davant el repte de tenir cura d'una altra persona que durant temps ha assumit el rol de persona cuidadora.

La segona qüestió rellevant en aquest àmbit se centra en **persones cuidadores que tenen cura d'una persona gran amb trastorn mental**, ja sigui perquè l'han acompanyat en el seu procés de recuperació al llarg de la seva vida o bé perquè la persona gran ha desenvolupat un trastorn mental en la vellesa. En aquest cas, el rol de les persones cuidadores té una bona base de literatura prèvia important, malgrat que, de nou, el focus s'ha posat en la influència negativa de la cura en la salut d'aquest col·lectiu, sense assenyalar també les fortaleeses, resiliència i aprenentatges que les cuidadores poden aconseguir. La pèrdua de salut mental o d'oportunitats vitals a nivell laboral o social són elements destacats en l'estudi del rol de cuidadores de persones amb trastorn mental (Bremmers et al., 2022).

En el cas de persones cuidadores de llarga durada, s'ha acostumat a posar el focus en les necessitats sobrevingudes de l'envelliment en la població cuidadora, que acostumen a ser els pares i mares de persones adultes amb trastorn mental. S'ha evidenciat la necessitat d'intervencions específiques i de planificació de necessitats futures i la seva importància en intervencions psicosocials prèvies (Kaufman et al., 2010). No obstant, també es comença a treballar amb aquesta mirada de cicle de vida amb altres membres de la família que han acompanyat a la persona amb trastorn mental al llarg de la seva vida i que, una vegada els progenitors ja no hi son, poden sentir més pressió quan han d'assolir el rol de cuidadors principals. Seria el cas de germans/es de persones amb trastorn mental, dels quals sí hi ha intervencions i literatura prèvia abundant durant la infància i adolescència (McKenzie Smith et al., 2018) però molt menys en l'etapa de la vellesa (Cui et al., 2023). La soledat de persones cuidadores, les preocupacions pel seu propi envelliment i la manca de suports institucionals són elements que han destacat en investigacions prèvies, en base a entrevistes a familiars de persones grans amb trastorn mental (Tryssenaar et al., 2002).

La cerca d'intervenció en persones cuidadores de persones grans amb problemes de salut mental està molt enfocada a persones que cuiden persones amb demència, tal i com s'evidencia en revisions sistemàtiques sobre la temàtica (Weinbrecht et al., 2016). Aquest fet posa de manifest la necessitat i la importància d'investigar més, oferir més suports i donar visibilitat a les necessitats en salut mental de les persones en la vellesa i de l'entorn familiar més proper.

Objectius del projecte

L'objectiu del projecte es concreta en identificar necessitats i oportunitats/fortaleses de persones majors de 55 anys amb experiència pròpia en salut mental i/o familiars de persones amb problemes de salut mental.

Els resultats de l'estudi serviran per definir recomanacions sobre benestar emocional i envelliment, amb un enfocament preventiu i amb l'objectiu de millorar l'acompanyament a persones grans amb trastorn mental i/o familiars.

Metodologia

El present informe es basa en una metodologia mixta de recerca que ha permès recollir dades, tant quantitatives com qualitatives, sobre factors clau en l'àmbit de l'envelliment i la salut mental.

Fase 1. Estudi quantitatiu

Enquesta sobre necessitats i oportunitats/fortaleses pel benestar psicològic dirigit a persones de 55 o més anys, que en l'actualitat presentin algun trastorn mental, així com familiars grans de persones amb trastorn mental.

El qüestionari es va dividir en els següents apartats:

- Introducció, informació de l'estudi i consentiment a participar en el mateix.
- Dades sociodemogràfiques.
- Percepció sobre la pròpia salut.

- Implicació en tasques de cura envers altres persones i activitats d'autocura cap a un/a mateix/a. En aquest apartat es va incloure l'escala d'autocura per a persones grans, adaptada per Campos-García et al. (2018). Consta de 9 ítems que s'organitzen en tres factors: autocura física (activitats que ajuden a mantenir un cos saludable), autocura interior (activitats que ajuden a mantenir una ment saludable) i autocura social (activitats que ajuden a mantenir la salut social).
- Percepció sobre el propi envelliment i edatisme. Es van incorporar frases incompletes sobre la mirada vers l'envelliment, preguntes sobre la vivència de l'edatisme i l'escala de sentiments de por vers l'envelliment de Lasher i Faulkender (1993) i adaptat al nostre entorn per Fernández- Jiménez et al. (2020). Aquesta escala de mesura consta de 20 ítems que es contesten en clau de grau d'acord amb els mateixos, es compon d'una mesura global i de la mètrica de quatre factors diferenciats: por a l'envelliment, por als canvis físics, por a la pèrdua i rebuig envers les persones grans.
- Nivell de benestar emocional. Es van utilitzar tres de les subescales de l'escala de benestar psicològic de Ryff i Deci (1995): acceptació d'un/a mateixa, autonomia (en les pròpies decisions) i creixement personal.
- Percepció de soledat no desitjada i suport social. Per avaluar els sentiments de soledat no desitjada es va fer servir una pregunta directa sobre el sentiment de soledat. Pel suport social rebut es va triar l'escala Oslo Social Support Scale (OSSS-3) (Kocalevent et al., 2018), així com una pregunta sobre la freqüència del sentiment d'utilitat vers els altres.

Fase 2. Estudi qualitatiu

Realització de dos grups de reflexió, format cada un per entre 8 i 9 persones, per poder ampliar la informació recollida de forma quantitativa i explorar elements de cicle de vida (p.e. desigualtats acumulades al llarg de la vida) que poden ser obstacles per persones amb trastorn mental i/o familiars per poder envellir amb una bona qualitat de vida. El guió dels grups tenia tres apartats que incorporava preguntes sobre: (1) envelliment present i futur, (2) cura i autocura i (3) valoració dels serveis en present i en futur per poder envellir bé. Per participar al grups de reflexió s'havia de complir les mateixes condicions d'edat i de vinculació amb la salut mental que en l'estudi quantitatiu.

La recerca s'ha basat en una metodologia participativa amb la creació d'un Comitè assessor (format per persones amb experiència pròpia i/o familiars i professionals d'atenció directa) i d'un Consell assessor (format per representants

institucionals d'organitzacions del tercer sector, de l'àmbit sanitari, social i acadèmic i d'institucions públiques) que, juntament amb els grups de reflexió, han constituït un equip de 44 participants: 23 persones voluntàries, 5 professionals d'atenció directa i 16 representats d'entitats.

Han format part del Comitè Assessor: 11 membres, 9 dones i 2 homes (2 primeres persones i 4 familiars, majors de 55 anys, i 5 professionals d'atenció directa).

Han format part del Consell Assessor: 16 membres, 9 dones i 7 homes, representants institucionals.

Les funcions del Comitè Assessor de persones amb experiència pròpia, familiars i professionals han estat:

- Revisar, aprovar i fer aportacions en qüestions vinculades a les eines de recerca utilitzades.
- Contribuir al procés de recerca, en base a la pròpia expertesa.
- Participar en la interpretació dels resultats, l'elaboració de conclusions i la definició de propostes.

Les funcions del Consell Assessor de representants institucionals d'organitzacions i administracions públiques han estat:

- Contribuir al procés de recerca, en base a l'expertesa en l'àmbit de l'envelliment i/o la salut mental.
- Participar en la interpretació dels resultats, l'elaboració de conclusions i la definició de propostes.

L'equip de recerca també hem comptat amb una professional experta en participació ciutadana (Itziar González-Virós) per dissenyar la metodologia participativa de la fase final de l'estudi i dinamitzar les dues darreres trobades amb el Comitè i el Consell assessor, destinades a la interpretació col·lectiva dels resultats i la definició de conclusions i reptes.

L'estudi va rebre el dictamen favorable de la **Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona** el 4 de juliol de 2024. La recollida de dades de la fase 1 es va realitzar entre el 2 de setembre i el 15 de novembre de 2024, a través de l'eina de recollida de dades Qualtrics. Van participar-hi gairebé 500 persones, tot i que finalment vam obtenir 399 enquestes vàlides. A la taula 1 es poden consultar les principals dades sociodemogràfiques de les persones participants de la fase 1. Els dos grups de discussió es van realitzar el 18 i 27 de novembre, el primer va

ser en format virtual i el segon en format presencial. El primer grup de discussió online va comptar amb 8 participants: 3 en primera persona (2 dones i 1 home) i 5 familiars (3 dones i 2 homes). El segon grup de presencial en un Club social hi van participar 9 persones: 2 familiars (dones) i 7 persones amb experiència pròpia, usuàries directes del servei (1 dona i 5 homes).

Taula 1. Principal dades sociodemogràfiques de la fase 1

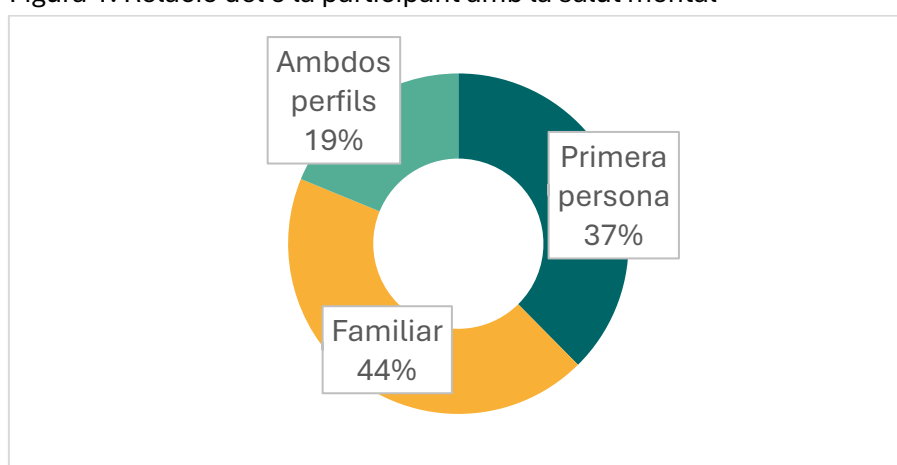
Variable	Resultat
Edat (mitjana, desviació típica)	62,98 (6,24)
Gènere (%)	
Femení	65,3
Masculí	33,7
Altres	0,5
Prefereix no contestar	0,5
Estat civil (%)	
Casat/da	43,6
Solter/a	25,8
Separat/da	22,4
Vidu/a	8,2
Convivència (%)	
En companyia	73,5
En soledat	26,5
Entorn (%)	
Urbà	68,8
Rural	31,2
Estat laboral (%)	
Jubilació	37,76
Discapacitat reconeguda	29,08
En actiu	23,47
Altres	9,69
Lloc de naixement (%)	
Espanya	95,9
Estranger	4,1
Vinculació amb entitats de salut mental (%)	
Sí vinculació	62,7
Cap vinculació	37,3

Resultats fase 1: Estudi quantitatiu

Salut

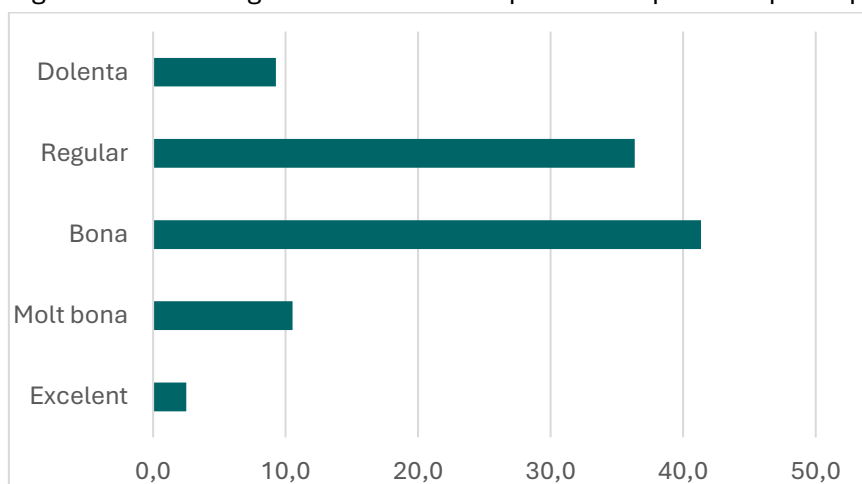
Els i les participants de la fase 1 es podien adscriure a un dels tres perfils identificats com a rellevants per a la recerca en relació a la salut mental: (1) experiència en primera persona; (2) familiar d'una persona amb problemes de salut mental i (3) perfil doble, és a dir, considerar-se una persona amb problemes de salut mental i també familiar d'una persona amb aquesta condició de salut. En la figura 1 es pot veure la distribució.

Figura 1. Relació del o la participant amb la salut mental



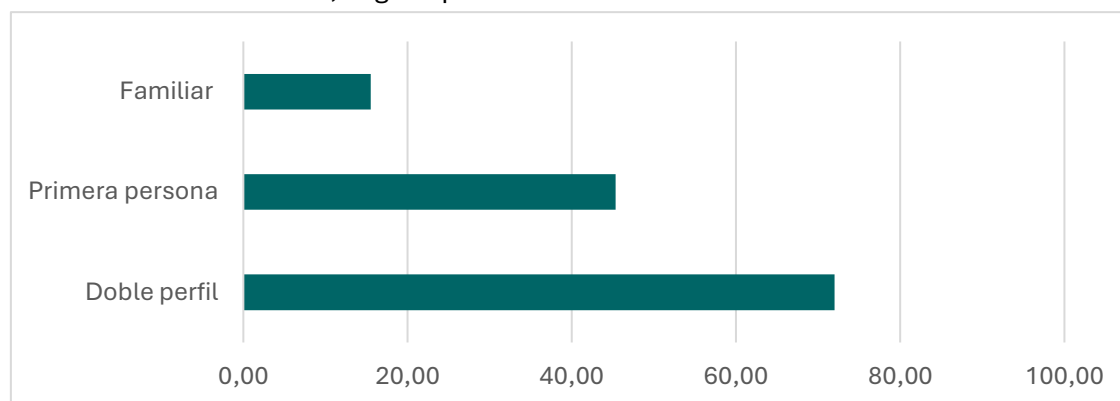
En quant a la **salut subjectiva**, un 45,6% de les participants la situa entre regular i dolenta (veure figura 2). Entre els grups que puntuen pitjor se situen: el grup primera persona i grup doble perfil, les dones, la població d'entorn rural i persones amb més dificultat econòmica percebuda.

Figura 2. Percentatge del nivell de salut percebuda pels i les participants



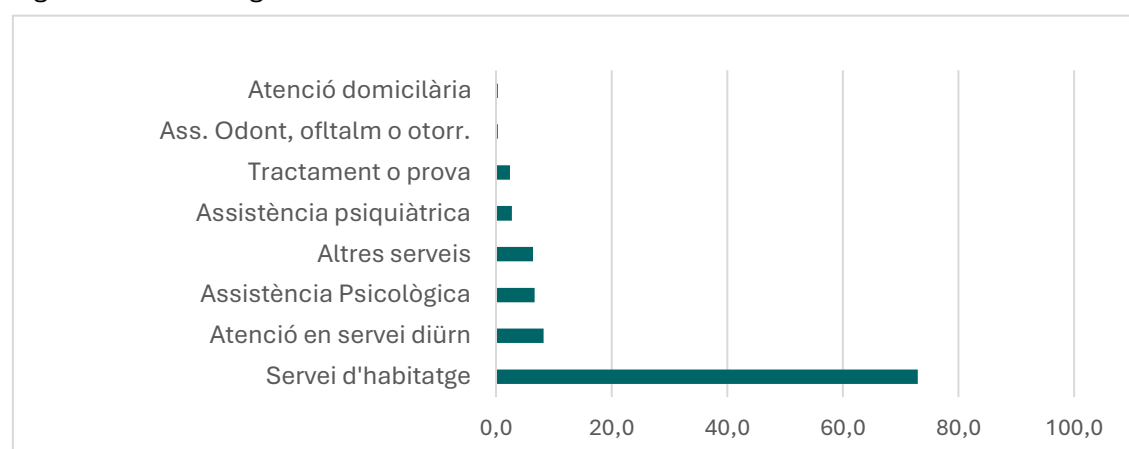
Sobre les **limitacions percebudes per realitzar les activitats de la vida diària**, un 37,3% van manifestar les seves limitacions per fer-les. No obstant, el grup primera persona i el doble perfil van manifestar de forma més significativa aquestes limitacions, en comparació al grup familiar (veure figura 3).

Figura 3. Percentatge de participants amb limitacions percebudes per realitzar les activitats de la vida diària, segons perfil



En quant a l'ús de serveis i equipaments, la pregunta sobre si havien hagut de **renunciar a algun servei perquè no hi tenien accés o no el podien pagar**, permetria escollir més d'una opció de servei o equipament. Només un 6% de la mostra va indicar que no havia renunciat a cap servei. La resta de participants apunten, d'una manera molt majoritària, la manca de serveis d'habitatge (centre residencial o llar amb suport) com la principal mancança. Tanmateix, aquestes dades quantitatives difereixen de les recollides sobre les seves preocupacions futures de cura (Figura 8) i de les experiències relatades en els grups de discussió sobre la manca de recursos en l'atenció en salut mental, tal i com expliquem en l'apartat de dades qualitatives.

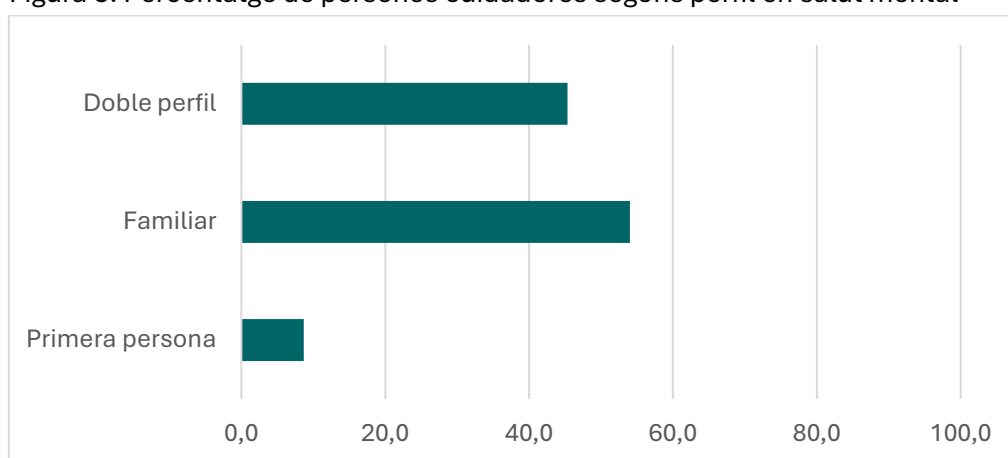
Figura 4. Percentatge de renúncies o limitacions en l'accés a serveis



Cura i autocura

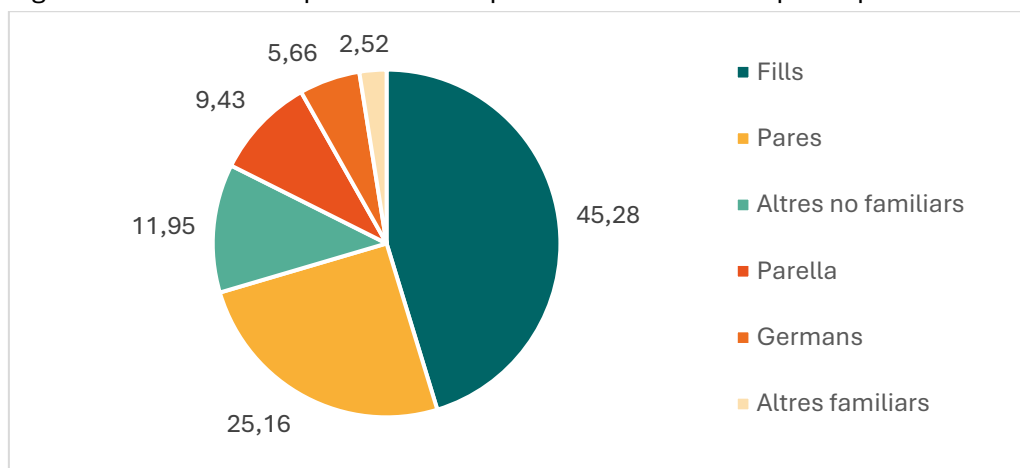
Persones cuidadores: 141 participants (35,3% de la mostra) afirmen tenir cura d'una altra persona. I d'aquestes, un 69,50% es considera la persona cuidadora principal. Aquest perfil està essencialment feminitzat i principalment respon al perfil de participant familiar, però també hi ha persones amb experiència pròpia que es reconeixen en el rol cuidadores (veure figura 5). Els resultats evidencien la necessitat de considerar la cura com a fenomen recíproc i bidireccional, relacionat amb les circumstàncies familiars i l'etapa vital i salut dels i les seves membres.

Figura 5. Percentatge de persones cuidadores segons perfil en salut mental



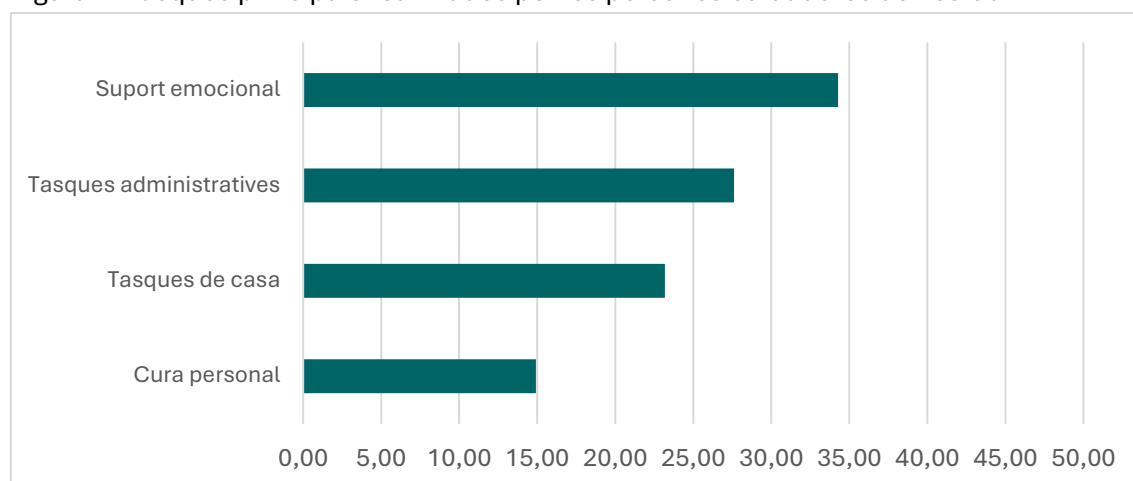
Les persones participants en l'estudi que s'identifiquen amb el rol de cuidadores (tant primeres persones com familiars o doble perfil) no només tenen cura de persones amb problemàtica de salut mental sinó també amb altres condicions. Hi ha diversitat en la relació amb la persona cuidada, destacant el parentiu de persona cuidadora de fills/es o dels pares i mares (figura 6),

Figura 6. Parentiu de la persona de la que tenen cura els i les participants



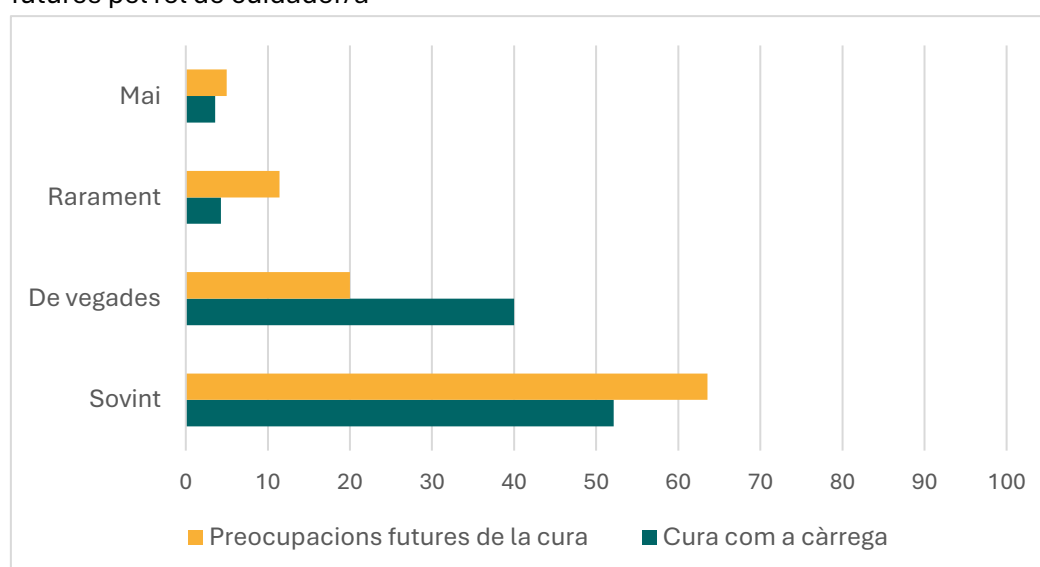
En quant a tasques realitzades, les persones que es consideren cuidadores realitzen principalment tasques de suport emocional i gestió de tasques administratives (per exemple, omplir formularis o arranjament de temes financers o legals), seguides de tasques domèstiques o de cura personal (veure figura 7).

Figura 7. Tasques principals realitzades per les persones cuidadores de l'estudi.



Les persones participants que tenen cura d'una altra persona senten sobrecàrrega, molt freqüentment, i preocupació per les cures futures de la persona de la que tenen cura quan elles ja no ho puguin assumir (veure de forma conjunta les dues preguntes a la figura 8).

Figura 8. Freqüència de resposta en relació a la cura com a càrrega i a les preocupacions futures pel rol de cuidador/a



En aquesta darrera pregunta, les participants podien escriure, en una pregunta oberta, quines eren les seves preocupacions. Principalment, es vinculen a quatre

grans temes. En primer lloc, parlen de **l'àrea familiar**, en la que apareixen les dificultats de les persones amb experiència pròpia i d'altres familiars per la cura en el futur.

“No hi ha cap altre familiar disposat a fer-ho” — Home

Els participants també parlen de les seves **preocupacions al voltant dels serveis i recursos disponibles** per oferir cures a la persona, ja que els consideren insuficients o poc accessibles.

“Perquè he anat trobant solucions puntuals poc estables i em fa por que la persona que cuido es vagi deteriorant i necessiti més suports difícils de trobar i de gestionar” — Dona

En tercer lloc, les **característiques de la problemàtica de salut de la persona** cuidada i la por a recaigudes marquen aquesta categoria. Es menciona la preocupació davant de les característiques de la problemàtica de salut, de com entendrà l'entorn les seves necessitats i la seva problemàtica si s'agreuja.

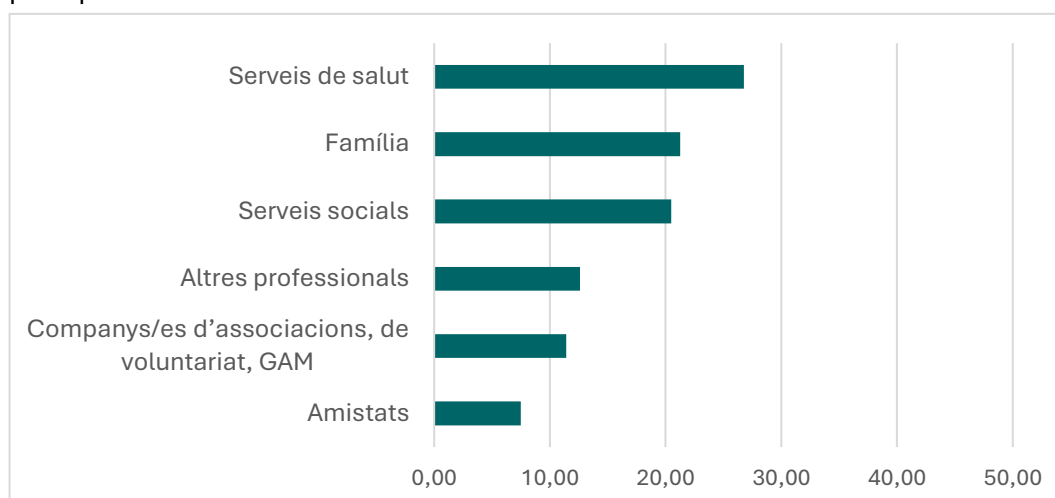
"Em preocupa el meu fill que ara està estable, però en qualsevol moment pot tenir alguna recaiguda" — Dona

Finalment, els i les participants senyalen la **manca d'autonomia** com una important preocupació de cura futura. Temen que la persona no pugui ser autònoma per prendre les pròpies decisions en el futur, considerant les dificultats que té en el present.

“Perquè no té ingressos i ja té ara dificultats per solucionar temes administratius i de metges” — Dona

La darrera pregunta específica per a les persones que es reconeixen com a cuidadores es centra en els **tipus de suport que reben per realitzar millor les tasques de cura**. En la següent figura es pot observar com els serveis de salut i altres membres de la família són els més mencionats com a elements de suport principals per realitzar les tasques de cura.

Figura 9. Suports amb els que les participants amb el rol de persona cuidadora compten per a poder cuidar millor



Autocura

Aquest bloc de preguntes correspon a tota la mostra que ha participat en aquest estudi. L'autocura es pot observar en les conductes o accions que les persones poden fer en el seu dia a dia. Per a la seva valoració, es va seleccionar l'escala d'autocura per a persones grans, adaptada per Campos-García et al. (2018). Consta de 9 ítems que s'organitzen en tres factors: autocura física (activitats que ajuden a mantenir un cos saludable), autocura interior (activitats que ajuden a mantenir una ment saludable) i autocura social (activitats que ajuden a mantenir la salut social). Les puntuacions generals es poden consultar a la taula següent (veure taula 2). Aquestes puntuacions són significativament més baixes en els següents grups:

- En grup primera persona i grup doble perfil.
- En homes (el factor autocura social) i en dones (el factor autocura interior).
- En persones no associades a entitats de salut mental.
- En persones amb més dificultats econòmiques.

Taula 2. Puntuacions en l'escala d'autocura

Mesura	Puntuació (mitjana i d.e.)
Autocura (total) (puntuació de 9 a 45)	29,78 (6,55)
Autocura física (puntuació de 3 a 15)	10,51 (2,67)
Autocura interior (puntuació de 3 a 15)	8,64 (3,13)
Autocura social (puntuació de 3 a 15)	10,64 (2,81)

En quant a **suports amb els que puguin comptar per a cuidar-se millor**, 131 participants no van contestar a aquesta pregunta. Aquelles persones que sí van detallar amb quins suports comptaven, de nou van destacar els serveis de salut i els membres de la família juntament amb companys/es d'associacions, voluntariat i de grups d'ajuda mútua (veure figura 10).

Figura 10. Suports dels que els i les participants disposen per a cuidar-se millor

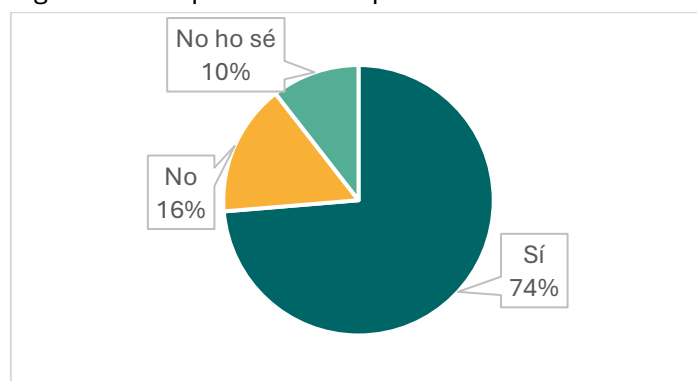


La mirada a l'edat: envelliment i edatisme

En aquest bloc de preguntes ens apropem a la mirada que les participants tenen sobre l'envelliment i la relació amb la seva edat. En primer lloc, les persones van respondre sobre la seva **experiència amb l'edatisme**, és a dir, si consideraven que, en el darrer any, havien patit discriminació per raó d'edat (veure figura 11). Aquesta percepció d'edatisme és significativament més freqüent en:

- Perfil familiar (el 80,5% havia percebut discriminació).
- Persones vinculades a associacions de salut mental (el 87,5% havia percebut discriminació per la seva edat).

Figura 11. Freqüència de l'experimentació d'edatisme



En les respostes obertes a la pregunta **¿Per què t'has sentit discriminat/da?** es poden observar tant respostes sobre els àmbits en els que han succeït com també en les accions que han rebut. En el primer cas, les participants parlen de discriminació en el món laboral o l'àmbit sanitari, així com en aspectes d'aprenentatge en general o en temes de noves tecnologies en concret.

“No t'escolten els metges quan intentes explicar malalties perquè les atribueixen a l'edat.” — Dona

“Creuen que no sé fer coses més tecnològiques.” — Dona

“A la feina diuen que potser no saps prou de tecnologia. A l'esport, quan et diuen "vigila", el dolor és normal a la teva edat. La doctora de família no fa proves perquè tot són símptomes de l'edat. I a nivell social, amigats, coneguts, etc. ‘és que ja tens una edat i no toca fer això’.” — Dona

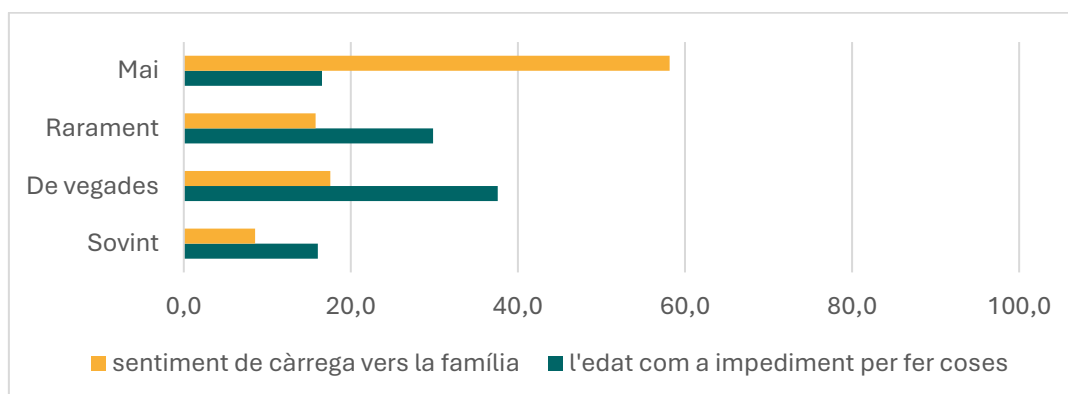
D'altres persones parlen d'accions de tracte invisible, manca d'empatia, sentir-se observades o ridiculitzades, entre d'altres accions que han patit.

“Em tracten com invisible en la meua opinió, com si la meua opinió no pot ser vàlida.” — Dona

“Em van menysprear i estigmatitzar.” — Home

Aquesta mirada de l'edat va continuar plantejant-se en les següents dues preguntes. La primera, sobre si l'edat suposa un impediment per fer coses i la segona, sobre el sentiment de ser una càrrega per a la família. Com s'observa a la figura 12, un 53,6% sent que l'edat li suposa un impediment per fer coses, però malgrat això, la sensació de ser una càrrega per a la família és bastant baixa.

Figura 12. Freqüència sobre l'edat com a impediment, i el sentiment de càrrega vers la família



A la pregunta qualitativa (pregunta oberta) sobre les raons d'aquest **sentiment de càrrega**, aquelles persones que van contestar que no sentien una càrrega en general parlen de la seva autonomia, però algunes també relaten històries de distanciament amb la família i, per tant, no senten una càrrega perquè no tenen vincle o no compten amb el seu suport.

“D'ençà la mort de la meua mare, ningú de la família biològica es preocupa per mi (si menjo o no, si estic bé o estic malalt, si soc viu o mort...).”

— Home

D'altres senten que, a la seva edat, haurien de ser autònoms/es, poder viure sense el suport dels pares i mares, i sí senten aquesta càrrega cap als seus progenitors.

“Perquè penso que amb 55 anys viure amb els pares, em sap greu per ells, perquè poder soc una càrrega.” — Home

D'altres mencionen la càrrega per les tasques que no poden fer soles, en les que necessiten el suport d'algú.

“Perquè soc massa dependent emocionalment d'ells.” — Dona

“Perquè no me'n surto econòmicament i perquè sovint estic trista. Soc molt *cansina*.” — Dona

La **mirada sobre l'envelliment** es va analitzar de manera doble. D'una banda, les persones van contestar a la frase incompleta “Per mi envellir positivament és...” i, en segon lloc, van completar l'escala de sentiments de por vers l'envelliment de Lasher i Faulkender (1993). En quant a la primera, l'anàlisi temàtica permet situar les respostes en sis idees principals (veure figura 13), destacant el manteniment de la salut com una condició important a l'hora de poder envellir de forma positiva.

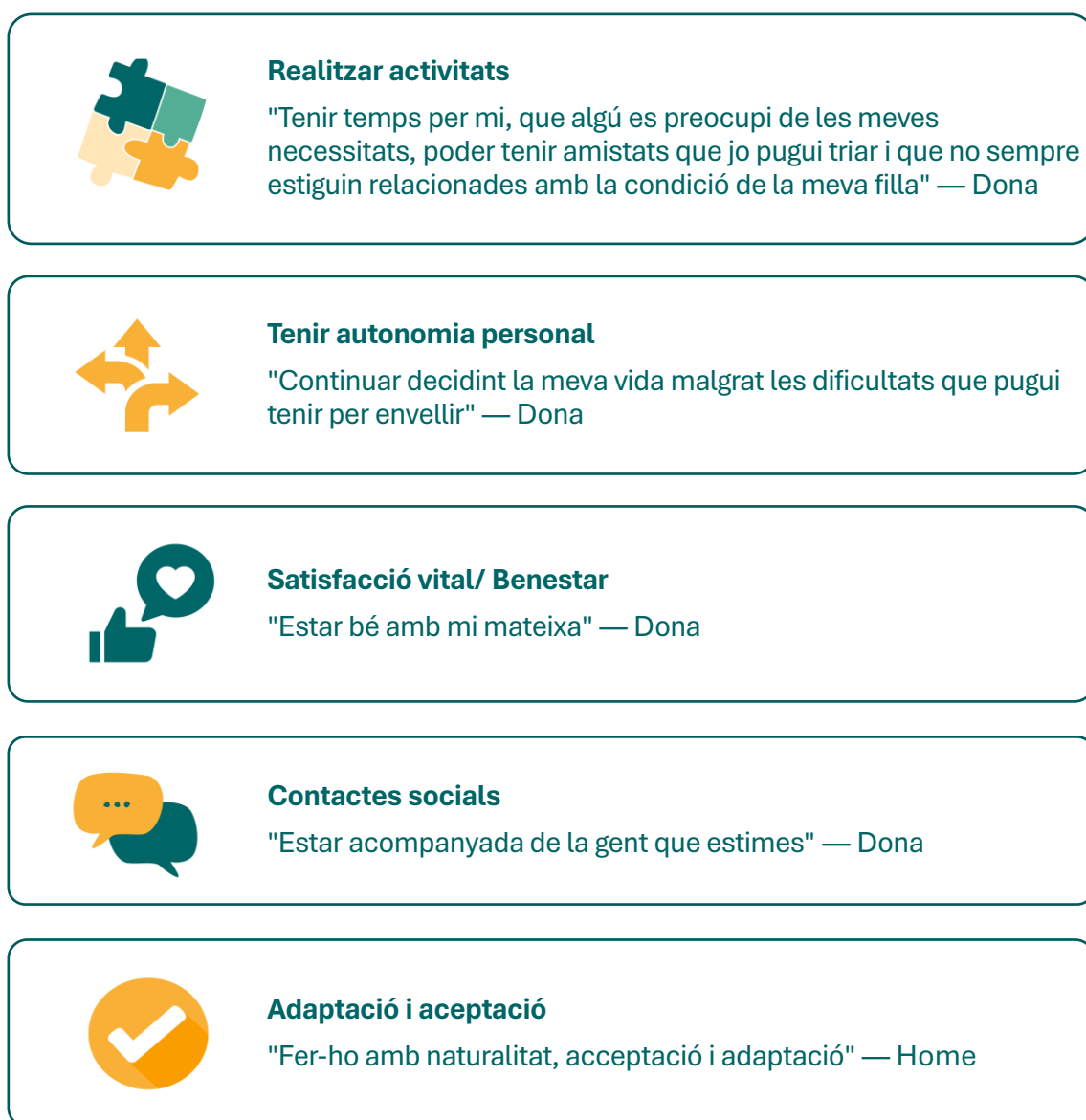
Figura 13. Principals respostes sobre la frase “Per mi envellir positivament és...”



Tenir salut/cuidar-se

"No patir mancances, dolor crònic, fatiga crònica, i envellir massa de pressa i malament" — Home

Figura 13. Principals respostes sobre la frase “Per mi envellir positivament és...”



En quant a l'escala de **por vers l'envelliment**, a la taula 3 es poden observar les puntuacions generals de l'escala, així com per cada factor corresponent. A més puntuació, més angonya o por vers l'envelliment o àmbit.

Taula 3. Puntuacions en l'escala de por vers l'envelliment

Mesura	Puntuació (mitjana i d.e.)
Puntuació total (puntuació de 20 fins 100)	52,03 (10,09)
Dimensió 1. Por als canvis físics (puntuació de 5 a 25)	11,40 (3,67)
Dimensió 2. Por a la vellesa (puntuació de 5 a 25)	12,64 (3,81)
Dimensió 3. Por a les pèrdues (puntuació de 5 a 25)	10,64 (2,81)
Dimensió 4. Rebuig a les persones grans (puntuació de 5 a 25)	11,68 (3,49)

La por a la vellesa, com a etapa en la que no es gaudeix si hi ha una pèrdua de benestar i satisfacció vital, és el factor més mencionat com a angoixant pels i les participants, mentre que el factor de pèrdua d'autonomia en les decisions o les pèrdues de persones properes són les menys mencionades. Per variables analitzades en l'estudi, les següents tenen una relació significativa amb aquestes puntuacions:

- Més alta en primera persona i doble perfil: tant en la puntuació global, com en la dimensió 2 (por a la vellesa) i la dimensió 3 (por a les pèrdues).
- Més alta en dones: tant en la puntuació global, com en la dimensió 1 (canvis físics) i la dimensió 3 (por a les pèrdues).
- Més alta a menys edat en la dimensió 3 (por a les pèrdues).
- Més alta en el grup amb dificultats econòmiques en la puntuació global.

Benestar psicològic

La pròpia acceptació, l'autonomia per a prendre decisions i la capacitat de creixement personal són les **tres dimensions** del benestar psicològic des del model de benestar de Carol Ryff que es van fer servir en aquesta recerca. Les puntuacions obtingudes en cada dimensió es poden consultar a la taula següent (veure taula 4).

Taula 4. Puntuacions en les dimensions de benestar psicològic

Mesura	Puntuació (mitjana i d.e.)
Dimensió 1. Acceptació d'un mateix (puntuació de 1 a 4)	2,86 (0,59)
Dimensió 2. Autonomia (puntuació de 1 a 4)	2,91 (0,48)
Dimensió 3. Creixement personal (puntuació de 1 a 4)	3,13 (0,51)

De nou, algunes variables analitzades són significatives en relació a les dimensions de benestar.

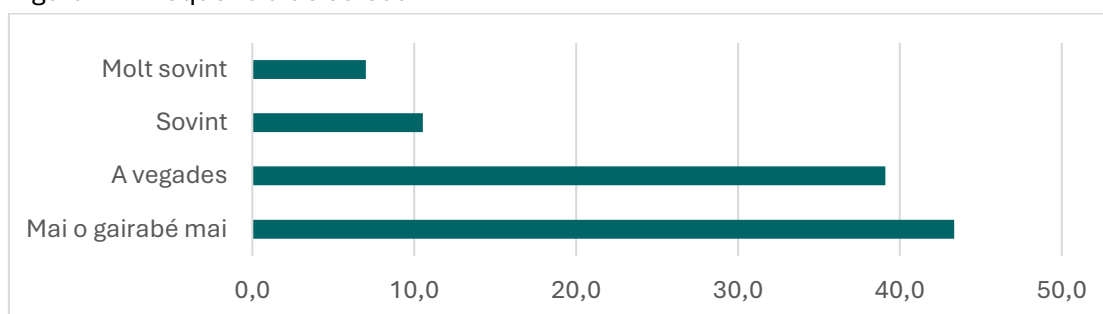
- Més baixa en dones: dimensió acceptació.
- Més baixa en entorns rurals: dimensió acceptació i dimensió autonomia.
- Més baixa en persones més joves: dimensió acceptació i dimensió autonomia.
- Més baixa en persones amb dificultats econòmiques: dimensió autonomia.
- En la dimensió de creixement personal no es troben diferències de puntuacions en base a les variables estudiades.

Soledat no desitjada i suport social

Les persones participants en l'enquesta, en general afirmen no sentir-se soles de forma habitual, tal i com es pot observar en la figura 14. No obstant això, en els grups de discussió sorgeix la por a la soledat com un tema rellevant, i en les dades quantitatives recollides, el nivell de soledat percebuda augmenta si es tenen en compte les següents característiques:

- Grup primera persona i grup doble perfil.
- Participants amb més edat.
- Participants amb més dificultats econòmiques.

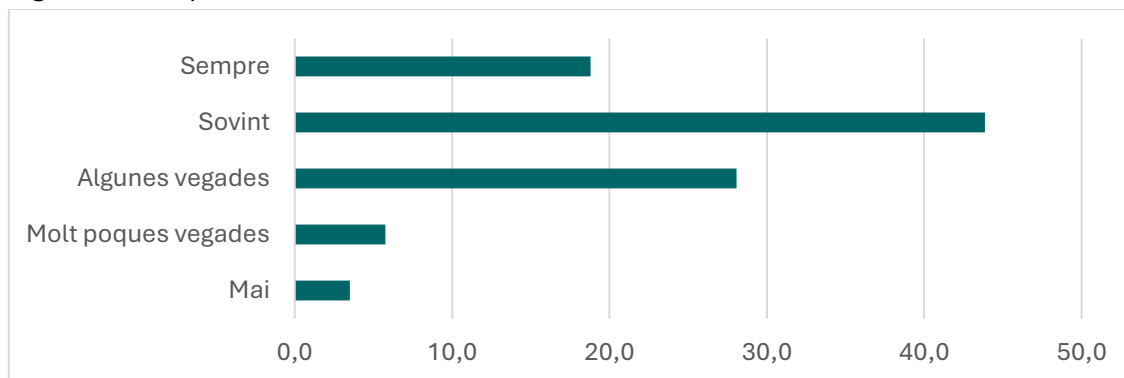
Figura 14. Freqüència de soledat



Les puntuacions a l'escala Oslo Social Support Scale (OSSS-3) (Kocalevent et al., 2018) mostren un suport social mitjà, ja que la puntuació mitjana dels i les participants és de 9,48 punts (d.e.= 2,32). Aquesta **percepció de suport social** augmenta a major edat i en el grup de familiars, però és menys percebut per les persones amb més dificultats econòmiques.

Finalment, sobre la pregunta pel sentiment d'**utilitat vers les altres persones** (veure figura 15), és major en el grup familiar i el grup amb menys dificultats econòmiques.

Figura 15. Freqüència del sentiment d'utilitat.



Resultats fase 2: Estudi qualitatiu

Els dos grups de discussió realitzats van ser molt rics en idees i experiències sobre salut mental i envelliment. En les cites plantejades, i amb l'objectiu de preservar l'anonimat de les persones participants als grups de discussió, només s'indica si la persona que parla és familiar o persona amb experiència pròpia, però cap més dada que la pugui identificar. En el primer grup de discussió (online), amb una majoria de persones majors de 55 anys de perfil familiar, la conversa es va dirigir, sobretot, cap a l'eix prioritari dels serveis per a persones amb trastorn mental. En canvi, en el segon grup de discussió (presencial), amb una majoria de persones amb experiència pròpia, la conversa, principalment va girar al voltat de la necessitat de pertinença i de la importància del vincle amb el Club social on assistien i participaven amb altres persones més joves de l'entitat. Malgrat les diferències, és rellevant la presència conjunta de familiars i primeres persones en els grups de discussió, ja que van compartir mirades diferents i complementàries.

Hi ha temes compartits com les **preocupacions per la cura en el futur**, sobretot per la manca d'entorn proper o de serveis i recursos disponibles.

“Suposo que podré espavilar-me, però no tinc tan clar si em podré espavilar i qui em cuidarà quan sigui més gran. No sé fins quan em podré valdre. Tot i que els meus pares ara tenen bona salut, però jo no sé com estaré als 80, si hauré d'anar a una residència, contractar un cuidador extern que vingui a casa...” — Primera persona

“Com a familiar és una preocupació constant. T'adones que et vas fent gran, les forces minven i els recursos no són els que t'esperes. Tens inseguretat. Fem de cuidadores, però anem perdent habilitats i forces. Qui se'n farà càrrec del familiar amb problemes de salut mental, per molt que s'empoderi i es faci autònoma? Com es resoldran les mancances que ara puc cobrir, però que més endavant no podré fer?” — Familiar

“La manca de professionals de psiquiatria i psicologia fa anys que ho reclamem. Marxen fora perquè no se'ls atén com és degut. Hi ha persones que han de fer 2,5h de viatge per ser ateses. És l'angoixa que tenim: Com acabarà? Cap a on anirem? No hi ha política clara ni acords entre partits polítics per avançar.” — Familiar

“Els i les professionals sanitàries tenen mancances i fan el que poden. Hem de demanar habitatge, treball... Amb oportunitats, les persones amb problemes de salut mental viuen millor.” — Familiar

“De moment ens trobem bé de salut, però hem estat fent una preparació a futur per passar de cuidadors a acompanyants. Estem buscant un centre o altres persones perquè no s’hagin de fer càrrec els germans (...) Demanem la tranquil·litat que els nostres éssers estimats estiguin bé i tinguin un futur garantit.” — Familiar

Les persones participants també senyalen la **manca d'autonomia com una important preocupació de cura futura**, per prendre les pròpies decisions, sobretot quan es tracta de familiars que tenen cura de persones amb problemes de salut mental amb dificultats en el present, o persones amb experiència pròpia que reivindiquen el dret a rebre suport i decidir. La pèrdua de l'autonomia i qui estarà pendent de contribuir a cobrir les necessitats pròpies i de l'altre apareix en els relats.

“Gairebé tots els problemes de salut mental i envelliment són perquè hi ha un abandonament inicial que es concreta en que no es té en compte la persona en la presa de decisions que afecten directament a la seva vida.”
— Primera persona

“Yo, como persona autónoma, diferencio entre primera y segunda vejez. Yo me planteo cuando llegue ya a los 60 años, cuando tanga achaques, me pase factura el problema de salud mental: ¿Quién se va a quedar a mi lado, me va a acompañar en mi primera vejez, idenpendientemente de dónde venga?” — Primera persona

“Sí, volia dir que no m’he plantejat això de l’envelliment, però sí que m’he plantejat una cosa. Jo soc qui té una malaltia mental, i llavors quan els meus pares faltin, suposo que més o menys podré espavilar-me, però quan arribi a gran, això ja no ho tinc tant clar. Tinc un cert temor. Qui em cuidarà? Prefereixo valer-me per mi mateix, però fins quan? No ho sé.” — Primera persona

“Y me preocupa el futuro. Ya tengo 64 años, y cuando cumpla setenta y pico no sé cómo llegaré, en dónde acabaré, ¿no? No tengo hijos, tengo hermanos y sobrinos, pero que bueno, que yo estoy solo. No tengo a nadie que me cuide ni nadie que se ocupe de mí ni nada, eso me preocupa un poco. Cuando me haga más mayor, ¿dónde acabaré? ¿Cómo acabaré?” — Primera persona

"Y yo pido también tener fuerzas, vivir años para cuidarlo a él y cuidarme yo, porque no tenemos familia." — Familiar

En canvi, les experiències viscudes o portar una vida plena i satisfactòria ajuden tenir una **perspectiva positiva de l'etapa de la vellesa**.

"Pues mira, yo, la verdad, soy mayor, pero me siento joven. No me siento mayor, sé que tengo muchos años, pero como me encuentro activa, que voy para allá, voy para acá, vengo aquí... Yo vengo aquí voluntaria. Y no sé, yo me veo que tengo arrugas, pero es cosa del tiempo y señal de que he vivido. O sea, no me preocupa el verme mayor ni envejecida ni nada de eso." — Familiar

"La edad me ha dado un poco de entender un poco las cosas y de verlas venir." — Primera persona

En el tema de la cura, moltes famílies (malgrat que algunes passen dels 80 anys), no semblen tant preocupades per la seva salut o envelliment, com per la dels familiars amb trastorn mental.

"Jo tinc una altra versió, que és la part dels familiars, i és una preocupació que jo tinc constantment. Arriba el moment en què t'adones que et vas fent gran, que les forces minven, que els recursos no són els que t'esperes, perquè tens una inseguretat... Ara fem de cuidadors dels nostres familiars, no? Però quan nosaltres anem perdent habilitats i forces, qui se'n farà càrrec? (...) . Jo, com a mare, tinc aquesta preocupació. Com es resoldran les mancances que ara puc oferir i, quan sigui més gran, a curt termini, no podré fer?" — Familiar

Hi ha participants en primera persona, de poc més de 55 anys, que no s'havien plantejat el seu envelliment fins ara, però sí que observen el pas del temps en els seus pares, fet que també els preocupa, i voldrien que tinguin un bon envelliment i suport. També apunten **factors que els ajuden o podrien ajudar a envellir bé** com l'ocupació, un entorn de suport proper i bona salut.

"Jo crec que els pares també necessiten estar una mica sols. A veure, no sols, tranquil·litat. Tenir una mica de tranquil·litat, que està molt bé cuidar els teus fills... Però si són fora, s'ho estan passant bé i no tenen aquesta càrrega que tenen els pares cada dia, cada dia, cada dia... Jo crec que això és positiu també." — Primera persona

"Lo único que pediría es salud, que no tuviera enfermedad y poder haber seguido trabajando..." — Primera persona

"Yo también, salud. Para seguir estando con los míos." — Primera persona

En quant a serveis, s'apunta que les persones amb problemes de salut mental i les persones grans són dos dels segments de la població més oblidats i **reclamen mesures per cobrir la manca de serveis i d'atenció** adequada a les seves necessitats.

"O perquè ets gran o perquè tens problemes de salut mental, tenim la sensació que no pintem res." — Primera persona

"Al CAP de salut mental, fa 3-5 anys que a mi no em visita cap psiquiatra... No hi ha psiquiatres, ni per controlar medicacions. Psicòlegs? Tampoc. Han desaparegut tots, després de la pandèmia. Vas al CSMA, i està buit. Però a mi em sembla que tot radica en el problema de l'abandonament de les persones grans i de les persones malaltes. Aquest abandonament a la gent gran, ja ve de la idea que les persones grans no serveixen per res i es prenen decisions sobre elles..." — Primera persona

"A los políticos, pedirles por lo que te he dicho antes, hacen falta muchos centros como este. Mira que psiquiatras faltan y psicólogos, pero para que no empeore ni para que no haya tanta saturación ni tantos ingresos, los centros de salud como este (Club social) ayudan. Ayudan a no tener más ingresos y a no colapsar tanto la sanidad." — Primera persona / familiar

Els suports familiars, professionals i comunitaris són essencials per les persones del grup de discussió, per fer-se gran amb els suport adients i per evitar pèrdua d'autonomia. La necessitat de planificació, assessorament i augment dels serveis apareix moltes vegades en el discurs dels i les participants.

"L'envelliment és una problemàtica que ja la tenim aquí. No vindrà. Sí que s'ha de preveure i s'ha de pensar en el futur, però ja la tenim aquí, la problemàtica. Una persona pot portar una vida plena estant molt bé de salut, de 90 i 95 anys. Per tant, una persona (amb problemes de salut mental) en procés d'envelliment, a part dels pares que no podrem fer-ho (...) quins recursos es trobarà? Quina mena de professionals tindrem? Perquè ara manquen, però no d'ara, ja fa temps que passa. Però els cuidadors anem trampejant. Entre professionals i cuidadores, la persona

malalta es va sentint acompanyada i cuidada. Després, jo penso que en un futur el camí és una curatela, perquè els germans ja prou feina tenen. I falten molts recursos assistencials.” — Familiar

“El què necessitaré quan arribi als 60 i pocs anys, que potser el trastorn ja em comença a passar més factura, em comencen a sortir les xacres, i llavors què passarà. Jo, per mi, crec que és el moment que més em preocupa ara, i en aquest aspecte, és qui es quedarà al meu costat. Independentment d'on vingui, les meves experiències anteriors... És qui m'acompanyarà en aquesta primera vellesa. Aleshores sí que a mi m'agradaria, si per exemple un familiar proper decideix, no si ha de viure amb mi o jo amb ell, però potser passar-se per casa meva dues-tres vegades a la setmana. Sí que tingués algun suport, sí que tingués algun reconeixement per part de l'administració, sí que hi ha moltes coses. Perquè crec que seria molt important.” — Primera persona

El **problema de l'habitatge** i els serveis relacionats, és un element que ha aparegut de manera molt clara als resultats de la fase 1, i que es comprèn millor amb relats com el del següent familiar i la necessitat de preservar el nucli familiar per a la cura mútua i continuada.

“I, després, l'altra cosa que hi ha, és que per exemple nosaltres podríem entrar a uns pisos que té l'ajuntament. Però aquest optar té unes bases. I aquestes bases, si la nostra filla no visqués amb nosaltres i després hi hagués de viure, ja no seria acceptada. Per tant, quan hi ha aquests pisos de protecció social, hem de tenir molt en compte com són les bases, i hem de fer que siguin inclusives, que aquests pisos siguin inclusivament per totes les persones.” — Familiar

En els resultats de l'enquesta no es fa tan evident el problema de la soledat no desitjada (tinguem en compte però, que un 62,7% de les persones participants estan vinculades al moviment associatiu, variable que ha pogut influir en aquest factor). En canvi, **la soledat està força present** al llarg de la vida de moltes participants dels grups de discussió, que han hagut de fer-hi front, en part per l'estigma al voltat de la salut mental, en part per la xarxa social disponible i les habilitats interpersonals.

“M'he sentit més sol en altres etapes de la vida i he patit molt. És important tenir almenys el matí o la tarda ocupats, l'oci, llevar-te amb alguna cosa a fer. Llevar-te sense tenir res a fer, agreuja la malaltia. Em fa por, fins i tot pànic a tornar a sentir-me sol.” — Primera persona

“La soledat té moltes arestes, requereix més temps per parlar-ne del que tenim. No ve del moment, pot venir de lluny. Si podem fer una vida activa podem trencar l’aïllament, però venim d’una cultura que estigmatitza. Hem de defensar el nostre espai a la societat, defensar els nostres drets. Avui puc estar sana, però demà no. L’habitatge, actualment, si no ens coneixem entre els veïns, el primer cercle queda trencat. L’habitatge comunitari ja és un canvi de paradigma. Hem d’anar treballant en diferents camps, no només personal, també social i polític.” — Familiar

“Jo he estat més sol abans del que ho estic ara. He estat més sol abans, quan estava malalt, era molt tímid, molt ‘retraïgut’, molt deprimat... Ara no li tinc molta por a la soledat. Més endavant, sí: si falten els amics, els pares i tot... Els meus pares em cuiden, els meus tiets també són grans, i en la resta de la família jo no hi puc confiar, m’he d’espavilar. I sí que li tinc respecte a la soledat, potser por no, però respecte sí. Ara no em sento sol. M’he sentit sol en altres etapes de la meua vida. Però li tinc por a tornar-me a sentir sol perquè es passa fatal, és un patiment molt molt dur.” — Primera persona

Es destaca que el fet de fer-se gran comporta el **risc de perdre vincles i relacions socials** que s’apunten com a essencials pel benestar emocional. No obstant, altres participants apunten a la **soledat desitjada**, al fet que amb l’edat tenen **més comprensió** de si mateixes i de la seva problemàtica, en el cas de les persones amb experiència pròpia.

“Conforme em vaig fent gran, m’agrada més la soledat. Perquè estic sol amb les meves coses, amb la meua pau, amb la meua tranquil·litat, i em trobo bé amb mi mateix i em resulten més difícils les relacions amb la gent. No suporto ja moltes coses de la gent. M’estic fent una mica esquerp.” — Primera persona

“Digamos, yo elegí la soledad. Me viene una chica a mi casa a hacerme un soporte, ¿sabes? Pero que yo, me gusta ir a mi bola, soy muy selectivo con la gente... Pero yo tengo un espíritu de 30 años.” — Primera persona

“Lo que me ha aportado a mí la enfermedad es que con el tiempo me he dado cuenta de muchas cosas que antes no me daba cuenta cuando era joven. Un poco de sabiduría, ¿no? (...) Eso es una experiencia que tengo... Y

te digo, pues, me encuentro solo, pero me encuentro bien conmigo mismo." — Primera persona

En aquest sentit, s'assenyalen la seguretat i **l'efecte positiu de poder vincular-se a associacions o assistir a centres socials**, i el foment de les cures recíproques, del **suport mutu**:

"Els centres de salut mental són una vàlvula d'escapament. Jo opino, si més no, a mi em passaria, si jo no vingués al centre. Aquí noten que estàs una mica malament i intenten ajudar-te, i intenten per tots els mitjans que et pugui veure algú a urgències. Ells t'ajuden tant com poden. I això és, vaja, és la vida de molta gent, almenys la meva. Jo sense el centre estaria molt, molt, molt, molt, molt fotut, molt fotut." — Primera persona

"El compromís amb associacions i el món local fa sentir actiu." — Familiar

"Si yo no viniera al centro, yo tendría más ingresos (hospitalarios) de los que he tenido." — Primera persona

"Aquí, que son todos más jóvenes que yo, también me tratan normal, como si fuera de la pandilla." — Primera persona

"También me llena mucho el ayudar, pues montamos el comedor para los que se quedan a comer, calentamos los tupperes... Intentamos ayudar un poco. Si hay que ir a comprar para hacer algo de comida o de ensalada de primero, se va. Y eso pues lo hago, me siento bien ayudando un poco, poniendo un pequeño grano de arena, me siento bien." — Primera persona

També es remarca la necessitat de tenir en compte les particularitats de cadascú, en definitiva, de proporcionar una **atenció realment centrada en la persona**.

"Una cosa és per exemple, la gent familiar que envellaix, i l'altra la gent usuària que envellaix. Perquè depèn de les patologies que tenen, en totes aquestes activitats no s'hi troben a gust. Hi ha gent que s'ho passarà molt bé fent activitats, clubs socials, etc., però hi ha persones que se senten observades, que interpreten malament les coses, que se senten incòmodes... Vull dir, sí que s'han de fer activitats i la persona ha d'estar ocupada mentalment i físicament, això és lo ideal, i autònomament. Però hi ha particularitats en cada persona que li impedeixen participar com seria

desitjable. Només volia diferenciar el que seria l'envelliment del familiar i de les persones amb problemes de salut mental.” — Familiar

La visió positiva dels centres que treballen en la inclusió social de les persones amb problemes de salut mental contrasta amb la mirada que tenen algunes de les persones participants respecte als serveis per a persones grans que estan cognitivament sanes, com poden ser els casals o centres per a persones grans. Algunes participants refereixen haver percebut estigma envers la seva condició de persones amb problemes de salut mental.

Per últim, sobre els entorns residencials i d'atenció a domicili per a persones grans, moltes no tenen coneixement d'aquests serveis i les que sí, no en tenen una visió positiva. De fet, sorgeix la idea que molts no estan adaptats a les necessitats de les persones amb trastorn mental i les seves famílies, i el personal no té prou formació en salut mental.

“Si tu ets la persona afectada i vius sol o estàs en uns pisos compartits o coses així, tens dret a tenir aquest servei. I vindran, i t'atendran, i et faran un seguiment i tot el que vulguis. Però si ets una persona afectada que vius a casa teva, amb els teus pares, germans o familiars, aquest servei no et pertoca. Ja se'n cuiden els parents, de donar aquest servei. I clar, pensem que el 80% de les persones que tenen problemàtica de salut mental viuen en l'àmbit familiar. Llavors, aquí hi ha un despropòsit molt gran. Tot el tema residencial està pensat per les persones amb discapacitat, no per les persones amb problemàtica de salut mental. Llavors, aquí ens trobem que quan entren en aquests espais, no s'hi troben a gust, perquè no és el lloc que haurien de tenir. El servei hauria de ser molt diferent.” — Familiar

“Sense recursos econòmics no s'aconsegueix res. Els serveis de residències, atenció a domicili... El model de residències ha quedat desfasat i es necessiten recursos, no poden ser espais d'aparcament o només l'últim lloc de vida. Calen canvis estructurals. Els recursos per la llei de dependència arriben tard i malament. Els i les professionals tenen una càrrega emocional i sobrecàrrega, amb poca preparació i sous baixíssims. S'ha de replantejar amb profunditat.” — Familiar

“Deberían de tener más formación (en salud mental).” — Primera persona

“Como mínimo, para entrar a ese trabajo, deberían de tener una formación (en salud mental).” — Familiar

Conclusions

L'objectiu de la recerca era **explorar, descriure i visibilitzar les necessitats i oportunitats/fortaleses en l'envelliment** de persones de més de 55 anys, amb experiència pròpia en salut mental i/o familiars. Els resultats destaquen que, malgrat tenir una edat similar, familiars i persones amb experiència pròpia no experimenten els mateixos reptes i oportunitats en quant al propi procés d'envelliment. El grup familiar ha presentat puntuacions més positives en variables socials i psicològiques que el grup primera persona i el grup mixt (persones amb problemàtica de salut mental i alhora familiars d'una persona amb trastorn mental). Els problemes de salut mental suposen un repte en quant a salut percebuda, limitacions del dia a dia, pitjor autocura o por a l'envelliment.

Els resultats apunten a que **la vinculació a associacions és un factor de protecció**. L'associacionisme és molt important a l'hora de sostenir la persona, amplia perspectives, incrementa les possibilitats de participació i facilita l'empoderament. Sabem que gaudir de relacions significatives afavoreix el benestar emocional. Hem de crear i potenciar les xarxes de suport social, promoure el suport mutu i la generació de nous vincles, més quan sabem que l'aïllament social és un risc en les persones amb problemes de salut mental i/o familiars, i l'acumulació de pèrdues de relacions socials és rellevant en la vellesa. Relacionar-se i compartir evita o atenua les conseqüències negatives derivades de la soledat no desitjada i alleugera la sensació de sobrecàrrega en les cures i les possibilitats de claudicació. Malauradament, no sempre la informació i el suport arriba a tothom qui ho necessita.

El grup familiar presenta les pròpies necessitats que s'han de tenir en compte si observem la perspectiva d'edat en el procés d'envelliment de les famílies que acompanyen a persones amb trastorn mental. La càrrega de la cura està molt feminitzada (com en la majoria de situacions de cures informals), i es percep especialment en familiars amb un gran recorregut de cura en salut mental, si el fill o filla va debutar en l'adolescència o adultesa jove. Suposa un element important a considerar a l'hora d'acompanyar a aquestes famílies i de promoure accions preventives.

Pel que fa les dades de tota la mostra, independent del perfil, la sensació de ser una càrrega per a la família és bastant baixa. No obstant això, estem parlant de percepcions que poden estar condicionades per factors molt diferents, com una necessitat de suport sense pèrdua d'autonomia, l'absència de consciència de les

pròpies limitacions com a mecanisme de protecció de la pròpia autoestima, o per la simple manca d'un entorn proper de suport. La percepció també pot variar segons el moment vital de crisi o d'estabilitat. Es reivindica que una manera d'evitar sentir-se una càrrega és tenir oportunitats en l'àmbit laboral.

De vegades, la cura es pot percebre com una tasca familiar normalitzada si ha estat arrelada des de molt a l'inici de la trajectòria vital de les persones implicades. Quan hi ha una situació de dependència més sobrevinguda, el rol de persona cuidadora és fa més evident, així com la possible sobrecàrrega. També les persones poden necessitar suport però no sentir-se una càrrega. Sí caldria esbrinar si les persones amb necessitats de cura, encara que rebin suport, se senten autònomes. És important destacar que, **les cures sense paternalismes, afavoreixen en la persona que rep les cures no sentir-se una càrrega i també afavoreixen dinàmiques de cures recíproques**, en les que el suport és bidireccional i oscil·la segons les circumstàncies.

La por a l'envelliment i el sentiment de càrrega, més present en el perfil de primera persona i doble perfil, posa el focus en la necessitat de treballar preventivament l'envelliment i la necessitat de preservar l'autonomia i el sentiment de pertinença al llarg de la trajectòria vital. L'adaptació i l'acompanyament en els serveis de salut mental i comunitaris, el suport entre iguals, el vincle amb el personal sanitari i social que acompanya i la necessària dotació de serveis i suports suficients, i en especial d'habitatge, han ressaltat entre algunes de les línies a treballar.

A més del perfil en relació a la salut mental, també destaquen altres variables a l'hora d'entendre l'envelliment en persones de més de 55 anys amb problemes de salut mental i/o familiars. **Ser dona continua sent una condició social que exposa a majors dificultats i reptes**. La cura de familiars, que continua recaient en les dones, condiciona la salut mental i les possibilitats d'autocura durant l'envelliment. Les dones participants del nostre estudi evidencien una pitjor salut subjectiva, un major nivell de por vers l'envelliment i la sensació que l'edat els hi impedeix fer coses, resultats que apunten a la necessitat d'una mirada interseccional en la que l'edat, el gènere i la salut mental siguin tinguts en compte en la planificació de serveis i cures per afavorir l'envelliment i el benestar, juntament amb altres eixos.

L'entorn de residència (urbà vs. rural) és una variable important per entendre els resultats d'aquest estudi. Ja en la literatura s'apunten els canvis i reptes que suposa envellir en l'entorn rural, i més amb una població sobreenvellida (Cohen i

Greaney, 2023) i amb la despoblació que està succeint en moltes parts del nostre territori. Les puntuacions més altes en salut subjectiva i en benestar psicològic en entorns urbans suggereixen que la persona pot rebre i aconseguir més i millors recursos per poder tenir cura de la pròpia salut i de les necessitats socials. En canvi, el sentiment de càrrega vers altres persones és més alt en població urbana, fet que pot assenyalar una major desvinculació o soledat de les persones que viuen en entorns rurals (no es poden sentir una càrrega perquè hi ha poques persones que les puguin ajudar). La vida més comunitària entre les persones en l'entorn rural també pot alleugerir la sensació de càrrega, mentre que en la ciutat, es poden percebre més dificultats per generar espais de benestar comunitaris si es generen inèrcies que empenyen cap a un major individualisme. Salut Mental Catalunya també hem desenvolupat una **recerca sobre salut mental en l'àmbit rural el 2024**, però seria necessari un major aprofundiment per explorar les causes i conseqüències de les diferències en la vellesa.

L'edatisme, entès com la discriminació d'una persona per raó d'edat, és identificat per part de les participants de l'estudi, i especialment pel grup familiar i les persones vinculades a entitats de salut mental. És possible que aquest fet vingui explicat perquè els col·lectius vinculats al moviment associatiu estan més sensibilitzats i acostumats a lluitar pels drets de les persones (amb problemes de salut mental en aquest cas) i, per tant, tenen més consciència de les problemàtiques i desigualtats socials, i de situacions d'exclusió i discriminació. Malauradament, l'edatisme no se circumscriu únicament a l'esfera de la salut mental sinó que engloba situacions quotidianes en diferents àmbits de la societat actual. L'edatisme genera bretxes d'atenció sanitària i social, encara més si hi ha trastorn mental (convergència d'eixos de discriminació), que poden empitjorar l'evolució.

Hem intentat **abordar al breixa digital** oferint suport per completar l'enquesta a persones amb dificultats, per poder arribar a diversitat de persones, incloses les que tenen manca d'habilitats digitals i, fins i tot, alguna dificultat cognitiva. Seria adient ampliar la participació de persones condicionades per la breixa digital i dificultats cognitives en futurs estudis (més de les recollides en aquest estudi amb el suport de professionals). L'edat del les persones participants s'engloba principalment entre els 57 i 69 anys, amb poques persones participants d'entre 70 i 80 anys, i encara menys de més de 80. L'estudi pretenia apropar-se a la identificació de les necessitats i reptes en salut mental en l'etapa vital de la vellesa, per tant, serien necessaris **futurs estudis amb una major representació de persones de més de 80 anys** per completar el propòsit de la recerca. En la franja d'edat estudiada ja s'observen diferències, principalment en una major por

a l'envelliment en persones més joves, un major benestar a major edat, o més sentiment de soledat a major edat. Es pot concloure la necessitat realitzar una bona planificació en persones adultes del propi procés d'envelliment, promocionant una mirada no edatista. En persones més grans, cal reforçar els suports socials i continuar abordant la soledat no desitjada, per poder fer intervencions adients i accions per a la prevenció del risc d'aïllament i empobriment de les relacions socials.

Finalment, **les condicions econòmiques afecten moltes de les dades l'estudi.**

Les persones participants que perceben tenir més dificultats econòmiques senten que tenen pitjor salut i desenvolupen menys activitats d'autocura, i la seva mirada vers el procés d'envelliment és molt més negativa. La soledat i la manca de suports també són elements que es ressalten en aquest grup de població. Per tant, disposar d'ajudes o d'ingressos suficients és cabdal per poder planificar un bon envelliment. Una situació econòmica difícil condiciona l'envelliment, genera patiment emocional i pot desencadenar o agreujar problemes de salut mental.

Així doncs, **les limitacions de l'estudi permeten apuntar la necessitat d'explorar condicions i àmbits específics:**

- Analitzar les particularitats per **franges d'edat** (necessitat de segmentació), especialment en majors de 80 anys.
- **Ampliar la perspectiva interseccional**, considerant la diversitat d'orientació i identitat de gènere (eix de discriminació no analitzat en aquest estudi). També del col·lectiu de persones migrades, doncs el 95'9% de participants en el present estudi, ha nascut a Espanya. Sobretot aquelles que tenen cura d'altres i estan transitant un dol migratori, amb majors dificultats per accedir a recursos reconeguts.
- També és cabdal una major i més profunda anàlisi en **persones en situació de vulnerabilitat socioeconòmica**, doncs només un 25'5% de la mostra ha manifestat dificultats, i és una de les variables que més negativament afecta, segons els resultats obtinguts.
- **Especificitats de l'entorn rural**, doncs més de la meitat de participants resideixen en l'entorn urbà (68'8%).
- **Persones no casades** (el 43,6% està casat/da) i persones **no vinculades al moviment associatiu en salut mental**. El 62'7% de les persones de la mostra són sòcies d'entitats de salut mental i, d'acord amb els resultats, la vinculació a entitats i les xarxes de suport social són essencials i afavoreixen moltes de les dades analitzades. Caldria explorar més i millor

com l'associacionisme actua com a factor de protecció pel benestar emocional i per un bon envelliment.

- Incloure altres variables per ampliar la **comparativa segons vinculació a serveis i tipus de suport rebuts** per avaluar-ne l'impacte.
- Analitzar especificitats de **díades de cura** segons edat, vincle, problemàtica i situació de dependència de les persones de les que es té cura (a considerar major complexitat quan intercedeixen segons quins elements com a factors de risc).

L'estudi pretén ser un primer pas per **reforçar la perspectiva d'edat i interseccional en l'atenció a la salut mental**. La recerca evidencia com molts factors convergeixen i influeixen en les vivències de les persones amb una història de trastorn mental en el procés d'envellir, i en les persones grans que les acompanyen.

Aquest estudi posa el focus en **l'impacte dels determinats socials en l'envelliment i en la salut mental** de persones amb experiència pròpia i/o familiars, i reforça la necessitat d'atendre els diferents eixos que condueixen a situacions de gran vulnerabilitat i exclusió social. L'atenció en salut mental amb perspectiva d'edat ha de ser necessàriament integral i integrada, però sobretot, abordada tenint en compte el repte titànic al que ens enfrontem, i que correm el risc de no assolir, si no prioritzem l'àmbit de la salut mental i l'envelliment i treballem de forma conjunta, preventiva, amb perspectiva interseccional i amb un enfocament comunitari.

Referències

Avieli, H., Mushkin, P., Araten-Bergman, T., & Band-Winterstein, T. (2016). Aging with schizophrenia: A lifelong experience of multidimensional losses and suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 230-236. [En línia](#)

Bhavsar, V., & Bhugra, D. (2018). Violence towards people with mental illness: assessment, risk factors, and management. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72(11), 811-820. [En línia](#)

Bodner, E., Palgi, Y., & Wyman, M. F. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. A L. Ayalon i C. Tesch-Römer (Eds.), *Contempararé perspectives on ageism* (pp. 241-262). Springer.

Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & Van Doorslaer, E. (2019). The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *The Gerontologist*, 59(5), e629-e642. [En línia](#)

Bremmers, L. G., Fabbriotti, I. N., Gräler, E. S., Uyl-de Groot, C. A., & Hakkaart-van Roijen, L. (2022). Assessing the impact of caregiving on informal caregivers of adults with a mental disorder in OECD countries: A systematic literature review of concepts and their respective questionnaires. *Plos one*, 17(7), e0270278. [En línia](#)

Campaign to End Loneliness (2020). *The Psychology of Loneliness Why it matters and what we can do*. [En línia](#)

Campos-García, A., Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L., & Gutiérrez, M. (2018). Autocuidado: Nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(6), 326-331.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.

Cohen, S. A., & Greaney, M. L. (2023). Aging in rural communities. *Current Epidemiology Reports*, 10(1), 1-16. [En línia](#)

Cui, J., Guo, S., Kan, W. S., Zhang, L., He, X., Chen, R., ... & Xun, K. (2023). Protocol for a scoping review of the role of siblings in supporting middle-aged and older

people with early-acquired severe mental illness. *BMJ open*, 13(10), e076645. [En línia](#)

Dell, N. A., Pelham, M., & Murphy, A. M. (2019). Loneliness and depressive symptoms in middle aged and older adults experiencing serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 113–120. [En línia](#)

Demmerle, C., Gellert, P., & Kessler, E. M. (2023). Psychotherapists' experiences providing at-home psychotherapy for home-living older adults with long-term care needs and depression. *Journal of Counseling Psychology*. [En línia](#)

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161. [En línia](#)

Fancourt, D., & Steptoe, A. (2024). The contribution of adult experiences, multimorbidity and positive psychological well-being to social inequalities in health. *Oxford Open Economics*, 3(Supplement_1), i557-i562. [En línia](#)

Fernández-Jiménez, C., Álvarez-Hernández, J. F., Salguero-García, D., Aguilar-Parra, J. M., & Trigueros, R. (2020). Validation of the lasher and faulkender anxiety about aging scale (AAS) for the Spanish context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4231. [En línia](#)

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. [En línia](#)

Gang, M., Ko, H., & Lee, J. (2019). Aging anxiety and subjective well-being of persons with mental disorder. *The Journal of the Korea Contents Association*, 19(1), 329-338. [En línia](#)

Haselden, M., Dixon, L. B., Overley, A., Cohen, A. N., Glynn, S. M., Drapalski, A., ... & Thorning, H. (2018). Giving back to families: Evidence and predictors of persons with serious mental illness contributing help and support to families. *Community Mental Health Journal*, 54, 383-394. [En línia](#)

Holst, H., Ozolins, L. L., Enros, J., Schmidt, M., & Hörberg, U. (2024). Life situation of older people living with severe mental illness—A scoping review. *International journal of Mental Health Nursing*. [En línia](#)

Institut d'Estadística de Catalunya (2023). *Població. Per sexe i edat en grans grups*. [En línia](#)

Instituto Nacional de Estadística (2022). *Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad*. [En línia](#)

Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42(3), 292-298. [En línia](#)

Jordan, G., Davidson, L., & Bellamy, C. (2022). Generativity among people with lived experience of mental illness and distress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 92(3), 280–290. [En línia](#)

Kaufman, A. V., Scogin, F., MacNeil, G., Leeper, J., & Wimberly, J. (2010). Helping aging parents of adult children with serious mental illness. *Journal of Social Service Research*, 36(5), 445-459. [En línia](#)

Labrum, T. (2020). Persons with serious mental illness help relatives: rates and correlates of assistance. *Journal of Mental Health*, 29(3), 328-335. [En línia](#)

Lasher, K. P., & Faulkender, P. J. (1993). Measurement of aging anxiety: Development of the anxiety about aging scale. *The International Journal of Aging and Human Development*, 37(4), 247-259. [En línia](#)

Lau, J., Koh, W. L., Ng, J. S., Khoo, A. M. G., & Tan, K. K. (2023). Understanding the mental health impact of COVID-19 in the elderly general population: A scoping review of global literature from the first year of the pandemic. *Psychiatry Research*, 115516. [En línia](#)

Leung, D. K. Y., Yiu, E. K. L., Liu, T., Zhang, W., Kwok, W. W., Sze, L. C. Y., ... & Lum, T. Y. S. (2024). Supporting Older Adults' Mental Health Against Suspected Mental Health Problems: The Moderating Role of an Age-Friendly Neighborhood. *Journal of Applied Gerontology*, 07334648241258032. [En línia](#)

Lorenzo, E. C., Kuchel, G. A., Kuo, C. L., Moffitt, T. E., & Diniz, B. S. (2023). Major depression and the biological hallmarks of aging. *Ageing Research Reviews*, 83, 101805. [En línia](#)

Martinsson, G., Fagerberg, I., Lindholm, C., & Wiklund-Gustin, L. (2012). Struggling for existence—Life situation experiences of older persons with mental disorders.

International *Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7(1), 18422. [En línia](#)

McKenzie Smith, M., Pinto Pereira, S., Chan, L., Rose, C., & Shafran, R. (2018). Impact of well-being interventions for siblings of children and young people with a chronic physical or mental health condition: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 246-265. [En línia](#)

Meltzer, H., Bebbington, P., Dennis, M. S., Jenkins, R., McManus, S., & Brugha, T. S. (2013). Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 5-13. [En línia](#)

Mushkin, P., Band-Winterstein, T., & Avieli, H. (2018). “Like every normal person?!” The paradoxical effect of aging with schizophrenia. *Qualitative Health Research*, 28(6), 977-986. [En línia](#)

Nuyen, J., Tuithof, M., de Graaf, R., Van Dorsselaer, S., Kleinjan, M., & Have, M. T. (2020). The bidirectional relationship between loneliness and common mental disorders in adults: findings from a longitudinal population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 1297-1310. [En línia](#)

Organització Mundial de la Salut (2007). Global age-friendly cities: a guide. [En línia](#)

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). *Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España (ESDAM), 2019/20*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [En línia](#)

Ogden, L. P. (2021). Ageing, serious mental illness, and perceptions of self over the life course. A M. Putnam i C. Bigby (Eds.), *Handbook on Ageing with Disability* (pp. 108-122). Routledge.

Polacsek, M., Boardman, G. H., & McCann, T. V. (2022). Self-identity and meaning in life as enablers for older adults to self-manage depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(5), 409-417. [En línia](#)

Putnam, M., & Bigby, C. (Eds.). (2021). *Handbook on ageing with disability*. Routledge.

Reynolds, C. F., Jeste, D. V., Sachdev, P. S., & Blazer, D. G. (2022). Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*, 21(3), 336-363. [En línia](#)

Richmond-Rakerd, L. S., D'Souza, S., Milne, B. J., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2021). Longitudinal associations of mental disorders with physical diseases and mortality among 2.3 million New Zealand citizens. *JAMA network open*, 4(1), e2033448-e2033448. [En línia](#)

Robb, C., Chen, H., & Haley, W. E. (2002). Ageism in mental health and health care: A critical review. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8,1-12. [En línia](#)

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. Current directions in psychological science, 4(4), 99-104. [En línia](#)

Salime, S., Clesse, C., & Batt, M. (2021). Health professional's social representation about ederly subject with mental health disorders: a pilot study on 790 health professionals. *Aging & Mental Health*, 25(2), 350-359. [En línia](#)

Sivakumar, T., Jain, J., Philip, S., Glynn, S. M., & Chandra, P. (2022). Future care planning: concerns of elderly parents caring for a person with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 73(1), 96-99. [En línia](#)

Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: How ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231. [En línia](#)

Tryssenaar, J., Tremblay, M., Handy, I., & Kochanoff, A. (2002). Aging with a serious mental illness: Family members' experiences. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(1), 19-42. [En línia](#)

Vahia, I. V., Jeste, D. V., & Reynolds, C. F. (2020). Older adults and the mental health effects of COVID-19. *Jama*, 324(22), 2253-2254. [En línia](#)

van Beljouw IMJ, van Exel E, de Jong Gierveld J, et al. (2014). "Being all alone makes me sad": loneliness in older adults with depressive symptoms. *International Psychogeriatrics*,26(9), 1541-1551. [En línia](#)

Villar, F., Lawford, H., & Pratt, M.W. (2024). *The development of generativity across adulthood*. Oxford University Press.

Webb, L. M., & Chen, C. Y. (2022). The COVID-19 pandemic's impact on older adults' mental health: Contributing factors, coping strategies, and opportunities for improvement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(1). [En línia](#)

Weinbrecht, A., Rieckmann, N., & Renneberg, B. (2016). Acceptance and efficacy of interventions for family caregivers of elderly persons with a mental disorder: a meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 28(10), 1615-1629. [En línia](#)

Wertz, J., Caspi, A., Ambler, A., Broadbent, J., Hancox, R. J., Harrington, H., & Moffitt, T. E. (2021). Association of history of psychopathology with accelerated aging at midlife. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 530-539. [En línia](#)

Westerhof, G. J., & Slatman, S. (2019). In search of the best evidence for life review therapy to reduce depressive symptoms in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(4), e12301. [En línia](#)

World Health Organization (2020). *Decade of healthy ageing baseline report*. [En línia](#)

World Health Organization (2023). *Mental health of older adults*. [En línia](#), M. R., Pratt, C. W., Barrett, N. M., Dreker, M. R., & Santos, S. (2019). Multi-dimensional wellness interventions for older adults with serious mental illness: A systematic literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(4), 382. [En línia](#)



Carrer Nou de Sant Francesc, 42, local
08002 Barcelona

Tel. 93 272 14 51 · info@salutmental.org

www.salutmental.org



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



El nostre sistema de qualitat està certificat
conforme a la norma ISO 9001.