



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2016



Universitat
de les Illes Balears

CARMEN ORTE SOCIAS

Catedràtica d'universitat

Directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i
Promoció de l'Autonomia Personal

ANUARI DE L'ENVELLIMENT.
ILLES BALEARS **2016**



Universitat
de les Illes Balears



**Govern
de les Illes Balears**

Conselleria de Serveis Socials i Cooperació



**Consell de
Mallorca**

■ Departament de Benestar
i Drets Socials
Institut Mallorquí d'Afers Socials



Colonya

Fundació Guillem Cifre



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2016

Aquest Anuari de l'envelliment és el resultat de la col·laboració entre la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació del Govern de les Illes Balears, el Departament de Benestar i Drets Socials del Consell de Mallorca i la Universitat de les Illes Balears. L'Anuari de l'envelliment és una iniciativa del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES), el Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques i la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB, dirigida per la doctora Carmen Orte Socias, i compta, a més, amb el suport de la Fundació Guillem Cifre de Colonya de la Caixa d'Estalvis de Pollença, «Colonya», i de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

Consell de Direcció:

Directora:

Dra. Carmen Orte Socias

Consell de Redacció:

Vocals:

Dr. Josep Lluís Oliver Torelló

Dra. Belén Pascual Barrio

Dra. Margalida Vives Barceló

Dr. Joan Amer Fernàndez

Dra. M. Antònia Gomila Grau

Dra. Rosario Pozo Gordaliza

Sr. Liberto Macías González

Secretària:

Sra. Lydia Sánchez Prieto

Comitè Assessor:

Sr. Enrique Campos Alcaide

Sr. Ferran Dídac Lluch i Dubon

Dr. Jordi Forteza-Rey Borralleras

Sra. Josefa Marí Marí

Sr. Miquel Oliver Ramon

* © del text: els autors 2016

* © de l'edició: Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES), Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears

* Disseny, maquetació i impressió: amadip.esment

* ISSN: 2174-7997

* Dipòsit legal: PM-2908-2008



El contingut dels articles és responsabilitat dels autors. El seu parer no representa l'opinió de la Universitat de les Illes Balears, ni de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació del Govern de les Illes Balears ni del Departament de Benestar i Drets Socials del Consell de Mallorca. S'autoritza la reproducció total o parcial de l'obra, si se n'esmenta la font i l'autor o l'autora.

L'Anuari de l'envelliment. Illes Balears es pot consultar a les pàgines web de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació, <http://www.caib.es/govern/organigramalarea.do?lang=es&coduo=3349>, de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, <http://catedradependencia.uib.es>, d'Edicions UIB, <http://edicions.uib.es>, de GIFES, <http://gifes.uib.es>, i del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, <http://dpde.uib.es>.

Dra. Carmen Orte Socias. Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Ed. Guillem Cifre de Colonya. Campus de la UIB. Cra. de Valldemossa, km 7.5. 07122 Palma (Illes Balears).

Tel.: 971 17 30 00 | Fax: 971 17 31 90

E-mail: catedra.dependencia@uib.es

PRESENTACIONS	7
Pròleg de la Consellera de Serveis Socials i Cooperació del Govern de les Illes Balears Fina Santiago Rodríguez	
Pròleg de la Consellera executiva de Benestar i Drets Socials i presidenta de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials Margalida Puigserver Servera	
<hr/>	
INTRODUCCIÓ DE LA DIRECCIÓ DE L'ANUARI	15
Carmen Orte Socias	
<hr/>	
UN PERFIL APROXIMAT DE LA POBLACIÓ DE LA TERCERA EDAT A LES ILLES BALEARS. INDICADORS ESTADÍSTICS BÀSICS, 2016	31
Ferran Dídac Lluch i Dubon	
<hr/>	
LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONS	95
Lluís Ballester Brage, Lydia Sánchez Prieto i Liberto Macías González	
<hr/>	
DE SERVEIS SOCIALS, AJUDA A DOMICILI I DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS	115
Juan Manuel Rosa González	
<hr/>	
IMPULSANT UN NOU MODEL DE PARTICIPACIÓ DE LES PERSONES GRANS A MALLORCA: L'OBSERVATORI DE LES PERSONES MAJORS I EL PROJECTE «DONAR VEU»	129
Maria Ángeles Fernández Valiente, Maria Isabel Cuart Sintes i Margalida Maria Batle Mayrata	
<hr/>	
IMPACTE DEL PROGRAMA AJUDA AL CUIDADOR EN CENTRES DE DIA SARQUAVITAE A MALLORCA PER PAL·LIAR LA SOBRECÀRREGA ASSOCIADA A L'ATENCIÓ DE PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA	145
Bárbara García Arredondo, Evelyn García Rodríguez, Elsa Herranz Sanz i Amelia Antonia Ródenas Barcos	
<hr/>	
HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI EN L'ENVELLIMENT: APLICABILITAT I AVANTATGES	163
Manuel del Río Vizoso	
<hr/>	
ENVELLIMENT I PELL	181
Rosa Taberner Ferrer, Noèlia Martínez Martínez, Cristina Nadal Lladó, Àlex Llambrich Mañes, José Ignacio Torné Gutiérrez, Maria Elisabet Parera Amer i Antoni Nadal Nadal	
<hr/>	
TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA I ENVELLIMENT	203
Lydia Sánchez Prieto i Lluís Ballester Brage	
<hr/>	

MESURES SOCIALS I LEGISLATIVES PER REDUIR LA DISCAPACITAT: HISTÒRIA I COMPTE ENRERE José Manuel Portalo Prada	227
DETERIORACIÓ COGNITIVA LLEU Maria Valero de Vicente	247
PREVENCIÓ D'ENVELLIMENT SALUDABLE PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL GREU I PROFUNDA Vicenç Ferretjans Moranta, Patricia Cornide López, Antonio Román Rodríguez, Juan Lal Asnani Kishnani i Maria Zulema Rodríguez Aguirre	267
ENVELLIMENT DEL RELLOTGE BIOLÒGIC Antonio Martínez Nicolás i Adrià Muntaner Mas	283
ENVELLIMENT, EXERCICI FÍSIC I TELÈFONS MÒBILS INTEL·LIGENTS Adrià Muntaner Mas, Josep Vidal Conti i Pere Palou Sampol	297
TEMPS D'OCI I PERSONES GRANS: APRENT A UTILITZAR EL TEMPS LLIURE Liberto Macías González i Yolanda Lázaro Fernández	311
RELACIONS SOCIALS, INTERCULTURALITAT I APRENTATGE AL LLARG DE TOTA LA VIDA: L'EXPERIÈNCIA DE LA IX INTERNATIONAL SUMMER SENIOR UNIVERSITY A LA UIB Carmen Orte Socias i Joan Amer Fernàndez	331
EL VALOR DE LA PARTICIPACIÓ SOCIAL. UNA APROXIMACIÓ A LA VIVÈNCIA DE PERSONES GRANS QUE PARTICIPEN EN LES SEVES ASSOCIACIONS Carlos Vecina Merchante i Margalida Vives Barceló	345
VOLUNTARIAT D'UN METGE JUBILAT: UNA EXPERIÈNCIA INTERACTIVA AMB LA GENT GRAN José María Tugues Roure i Paula Muñoz Tartalo	363
SENIOR COHOUSING. UNA NOVA ALTERNATIVA DE CONVIVÈNCIA PER A LA GENT GRAN Margalida Vives Barceló	383
VERS UN ENVELLIMENT INTEL·LIGENT Francesc Joan Andreu Alcina	409

POTENCIAR EL RIURE COM A ESTRATÈGIA DE TREBALL EN LES ACTIVITATS ORIENTADES A LA GENT GRAN Francesc Xavier Delgado i Drover	423
L'AMOR, DESPRÉS DELS 40 ANYS, A TRAVÉS DE LES CITES EN LÍNIA Carmen Orte Socias i Aina Mascaró Juan	441
MIRADES DE LA SEXUALITAT I L'AFECTIVITAT EN LES PERSONES GRANS. UN RECORREGUT PER LES DIFERENTS ACTIVITATS DE RECERCA I DOCÈNCIA DEL GRUP DE RECERCA GIFES EN GERONTOLOGIA EDUCATIVA Carmen Orte Socias, Maria Belén Pascual Barrio, Rosario Pozo Gordaliza, Maria Antònia Gomila Grau, Joan Amer Fernàndez, Margalida Vives Barceló i Carmen López Esteva	463
VIOLÈNCIES DE GÈNERE EN DONES SENSE SOSTRE: TRAJECTÒRIES DE VIDA I PROCÉS D'ENVELLIMENT Irene Castaño Cárdenas i Rosario Pozo Gordaliza	483

PRESENTACIONES

Fina Santiago Rodríguez
*Conselleria de Serveis Socials i Cooperació del
Govern de les Illes Balears*

Un any més, tinc ocasió de presentar l'Anuari de l'Envel·liment i em sento satisfeta de poder fer-ho. El fet que des de la Universitat es realitzin experiències satisfactòries de vincular el coneixement acadèmic amb el professional és sempre una bona notícia, sobretot si, com en aquest cas, el vincle es presenta cada any renovat i actualitzat per noves anàlisis i coneixements.

La gent gran és sens dubte un dels protagonistes més destacats de la dinàmica social al nostre país i és un element clau en la xarxa de solidaritat intrafamiliar i, per a moltes famílies, essencial per al manteniment de les seves necessitats bàsiques. Tot això és encara més rellevant en aquests temps en què la crisi econòmica no ens abandona. La gent gran, en el marc de la família, torna a influir en molts aspectes dels individus que la configuren, donant suport de diferents maneres als més joves i configurant-se com un referent de coneixement, valors i identitat. És també un segment de població amb necessitats específiques en salut, en serveis socials, en dependència, en demanda cultural, etc. per tant està més que justificat poder tenir i mantenir en el temps un anuari de qualitat.

Segurament, es pot etiquetar de moltes maneres un llibre com aquest, però l'Anuari de l'Envel·liment mereix almenys els qualificatius d'oportú, adequat, pràctic i didàctic. És un llibre oportú, que apareix en el moment adequat, quan s'obren nous reptes per a la política social, com és el cas d'alguns temes tractats en aquest volum: el paper dels cuidadors, el *cohousing* o l'hospitalització a domicili; l'oci i les xarxes o el suport social; els canvis en les pensions públiques, etc.

L'Anuari també és adequat perquè es basa en un sòlid cos de coneixements científics de diverses disciplines que treballen conjuntament, des de la medicina i la psicologia, fins a la sociologia i el treball social, passant per la pedagogia i altres ciències. Aquest Anuari, un cop més, és un excel·lent testimoni del que es pot fer amb un tractament rigorós de la informació que disposem.

Els diversos capítols s'afegeixen als publicats en edicions anteriors, configurant una bona síntesi del que sabem, del que fem, dels efectes del que fem i dels reptes que queden oberts. Crec que és un excel·lent material per comprendre la situació actual en aquest àmbit.

Però abans he dit que també era pràctic i didàctic. Aquestes característiques estan assegurades per l'experiència didàctica i divulgadora dels diversos autors i autores dels capítols, els quals ofereixen conceptualitzacions i dades rigoroses d'investigacions que permeten establir bases fiables i segures, que serviran d'ajuda a qui comença en aquest tema, als professionals més experts i als que, encara que sigui eventualment, tenim responsabilitats d'abast més general.

També és un espai per donar comptes de la feina feta des de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació. En el conjunt dels articles trobareu l'article "De serveis socials, ajuda a domicili i dependència a les Illes Balears", del director general de Dependència, Juan Manuel Rosa, que explica el desenvolupament del Servei d'ajuda a domicili per a les persones amb dependència realitzat aquest primer any de Govern. En aquesta acció s'hi ha d'afegir l'ampliació de 232 places residencials i 63 places de centre de dia per a persones amb dependència, l'increment d'un 34 per cent de la nòmina per a prestacions, la incorporació de més beneficiaris al sistema de dependència de les Illes Balears i l'adopció de canvis normatius per millorar la protecció de l'usuari i l'accés a aquest sistema.

Un cop més, cal agrair als editors, coordinadors, autors i autores, l'esforç i l'interès que han mostrat en ensenyar-nos els treballs realitzats. Sens dubte, el present Anuari, com els anteriors, ens permet fonamentar millor les nostres decisions i accions i explicitar el que es fa a la Comunitat Autònoma, per al seu coneixement i per a la seva reflexió.

Margalida Puigserver Servera
*Consellera executiva de Benestar i Drets Socials i presidenta de
l'Institut Mallorquí d'Afers Socials*

Un any més tenc l'oportunitat de participar en una nova edició de l'Anuari de l'Envel·liment editat per la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia de la Universitat de les Illes Balears (UIB), un projecte que, personalment i com a responsable de les polítiques socials del Consell de Mallorca, pens que és molt enriquidor ja que ens permet donar una ullada detallada i actualitzada de les diferents iniciatives i realitats que viuen les persones majors a la nostra illa.

Com cada any, des de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) hem col·laborat amb aquesta edició amb la publicació de dos articles realitzats pels nostres professionals amb l'objectiu de donar a conèixer amb certa profunditat alguns dels serveis dels què disposam des de la institució insular. I dic alguns perquè és impossible poder parlar-vos de totes les iniciatives que des del Consell de Mallorca duim a terme per ajudar als mallorquins i mallorquines a ser un poc més feliços perquè som conscients que com a institució de referència en l'àmbit dels serveis socials a Mallorca és la nostra responsabilitat cuidar que cada un de vosaltres tengueu les vostres necessitats ben cobertes.

En aquest sentit i com a presidenta de l'IMAS, som ben conscient que per poder donar solució als problemes que pateixen les persones majors, primer hem de conèixer de primera mà quins son els seus problemes. És per això que aquesta legislatura hem posat en marxa diferents mecanismes per donar veu a la ciutadania, i precisament d'aquest tema parla un dels articles publicats per tècnics i professionals de l'IMAS en l'actual edició de l'anuari:

“Donar veu a les persones majors. Projecte de l'Observatori de Majors de Mallorca”, així hem batejat la iniciativa que s'ha posat en marxa des de l'àrea de Dependència de l'IMAS i que consistit en crear grups de treball a diferents municipis formats per les mateixes persones majors les quals han exposat els seus problemes, les seves opinions i les seves possibles solucions sobre diferents qüestions per, a partir d'aquí, iniciar un debat que derivàs en respostes tangibles. Una experiència que ha estat, i és, d'allò més enriquidora i que ens ha permès confirmar que la resposta quasi mai no es troba tan sols als despatxos.

Pel que fa al segon article, en aquesta ocasió no s'ha fet des de l'Àrea de Dependència sinó des de l'àrea d'Atenció de les Persones amb Discapacitat, responsable d'un col·lectiu vulnerable que amb l'envelliment encara evidencia més la necessitat de rebre unes atencions i uns serveis especials per poder gaudir d'una qualitat de vida digne.

A l'article, titulat “Mesures socials i legislatives per a reduir la discapacitat: història i compte enrere” s'intenta donar una visió sobre la importància de canviar la manera de treballar dels darrers anys i apostar per fomentar polítiques inclusives per a les persones amb discapacitat; així doncs, a l'igual que amb el tema de l'envelliment, des de l'IMAS tenim clar que és necessari que les administracions observin, escoltin, i analitzin tot allò

que la ciutadania i les entitats els poden dir per poder posar en marxa en cada moment les polítiques més adequades al respecte.

Publicacions com la que teniu a les vostres mans ens ajuden a fer-nos una idea de la realitat que envolta un determinat col·lectiu des de diferents punts de vista, al mateix temps que ens facilita molt la tasca a l'hora de pensar futures línies d'actuació per a millorar la qualitat de vida de les persones, en aquest cas les persones majors.

INTRODUCCIÓ

Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2016

1. Introducció

Com indica el títol de la publicació del Fons de Població de les Nacions Unides (UNFPDA) (2012), l'envelliment al segle XXI és una celebració. Les persones tenen ara vides més llargues a causa de les millores introduïdes en diferents àmbits, com la nutrició, el sanejament, els avenços mèdics, l'atenció de la salut, l'educació i el benestar econòmic. L'envelliment també és un desafiament. L'esperança de vida en néixer ara és superior a 80 anys en 33 països i això ha de tenir el seu correlat en relació amb les polítiques que han de dur-se a terme perquè «cada segon dues persones compleixen 60 anys, és a dir, el total anual és de gairebé 58 milions de persones que arriben als 60 anys. Atès que actualment una de cada nou persones té 60 anys o més i les projeccions indiquen que la proporció serà una de cada cinc persones cap al 2050, l'envelliment de la població és un fenomen que ja no es pot ignorar» (UNFPDA, 2012: 3). Per això, interessa aportar aquí les dades de l'índex global d'envelliment (AgeWatch, 2015a) en el qual se situa Espanya tenint en compte els quatre dominis que inclou i mesura aquest índex (AgeWatch 2015b):

1. La seguretat d'ingressos es mesura mitjançant els indicadors següents: (a) cobertura de pensions; (b) ràtio de pobresa en edat avançada; (c) benestar de la gent gran, i (d) nivell de vida.
2. L'estat de salut mitjançant els següents indicadors: (a) esperança de vida als 60 anys; (b) esperança de vida saludable als 60 anys, i (c) benestar psicològic.
3. Les competències mitjançant els següents indicadors: (a) ocupació de les persones grans i (b) nivell educatiu de les persones grans.
4. Els entorns favorables mitjançant els següents indicadors: (a) relacions socials; (b) seguretat física; (c) llibertat, i (d) accés al transport públic.

Espanya, en el conjunt de països del món valorats en aquesta classificació i en valors generals de cada domini, ocupa el lloc 25 en l'índex general (amb un valor de 61,7), quatre llocs per sota de 2014 a causa principalment de la baixada en l'indicador que analitza el nivell de competències en ocupació i el nivell educatiu de les persones grans. En la resta d'indicadors la posició d'Espanya es manté i, fins i tot, en algun cas millora algunes posicions; ocupa el lloc 37 en seguretat d'ingressos (amb un valor de 73,4); el lloc 3 en estat de salut (amb un valor de 80,5); el lloc 78 en competències (amb un valor de 24,0), i el lloc 22 en entorns favorables (amb un valor de 74,7).

De totes maneres, i com queda recollit en AgeWatch (2015a), cal tenir en compte que «la crisi financera de 2008 va afectar les pensions a tot Europa [...]. Al sud d'Europa les persones grans van sofrir un cop molt dur, sobretot Grècia i Portugal. Espanya va congelar les pensions» (p. 6). Les mesures d'austeritat que afecten les pensions, la salut i l'assistència a la llar donen lloc a altes taxes de desocupació en el grup d'edat de 50 a 65 anys. Això té a veure amb la baixada en l'indicador esmentat.

2. Dades d'Espanya pel que fa a altres països

La situació de l'envelliment a Espanya, segons IMSERSO (2015), encara que es va iniciar més tard que en la resta de països de l'àrea, ha tingut un creixement molt important i ràpid; fins i tot més gran que en la resta de països del seu entorn. De fet, de 1900 a 2013, el nombre de persones de 65 anys i més s'ha multiplicat per gairebé nou vegades. Així, «la proporció de població de 65 anys i més ha passat de representar el 11,2% el 1981, vint anys després el 17,3% i el 2013 suposa el 18,2%, però, si es tradueix en efectius, suposa que entre 1981 i 2013 s'ha duplicat la població de gent gran» (p. 28). A més, i com ja hem dit en anuaris anteriors, Espanya és un dels països amb una proporció de població de gent gran més àmplia. Tal com queda reflectit en la taula 1, que recull les dades d'Eurostat (2016), el Japó encapçala el rànquing de països amb una proporció de població de gent gran més elevada, seguit d'Itàlia i Alemanya. A Espanya, s'estima que l'any 2050 el 12,8% de la població tindrà 80 anys o més.

Taula 1 | *Percentatge de població més gran de 65 anys a Europa*

Països	Percentatge de població més gran de 65 anys
Itàlia	21,7
Alemanya	21,0
Grècia	20,9
Portugal	20,3
Bulgària	20,0
Finlàndia	19,9
Suècia	19,6
Letònia	19,4
Croàcia	18,8
Estònia	18,8
Lituània	18,7
Dinamarca	18,6
Espanya	18,5
Malta	18,5
Àustria	18,5
França	18,4
Bèlgica	18,0
Eslovènia	17,9
Hongria	17,9
República Txeca	17,8
Països Baixos	17,8
Regne Unit	17,7

continua

Països	Percentatge de població més gran de 65 anys
Romania	17,0
Polònia	15,4
Xipre	14,6
Luxemburg	14,2
Eslovàquia	14,0
Irlanda	13,0

Font: Eurostat (2016)

Segons la taula 2, l'anàlisi dels percentatges de persones més grans de 65 anys i més per comunitats autònomes revela que Castella i Lleó (24,1%), seguida de Galícia i Astúries (ambdues amb 24%) són les que tenen els percentatges més alts. Les Illes Balears se situen entre les quatre últimes comunitats autònomes més joves, amb un percentatge del 15,1% de persones més grans de 65 anys (INE, 2015a).

Taula 2 | *Padró municipal d'habitants més grans de 65 anys per comunitat autònoma a 1 de gener de 2015*

Comunitat autònoma	Percentatge
Castilla i Lleó	24,1
Principat d'Astúries	24
Galícia	24
País Basc	21,1
Aragó	21
Cantàbria	20,3
La Rioja	19,9
Extremadura	19,8
Comunitat Foral de Navarra	18,9
Comunitat Valenciana	18,4
Castella - la Manxa	18,3
Catalunya	18,1
Comunitat de Madrid	16,8
Andalusia	16,2
Illes Balears	15,1
Regió de Murcia	15
Canàries	14,8
Ceuta i Melilla	10,4

Font: INE (2015a)

Segons l'informe recent de la Fundació Adecco, a partir de les dades INE 2016 i la taula 3, Espanya és un país envellit i les dades de projecció INE 2016 indiquen que a Espanya, el 2061, hi haurà més de 16 milions de persones grans (38,7% del total) (Abellán i Pujol, 2016). L'índex de longevitat segueix creixent. El 2016 ha aconseguit un nou màxim històric, el 116% o, dit d'una altra manera, ja es comptabilitzen 116 persones més grans de 64 anys per cada 100 menors de 16. Per comunitats autònomes, Astúries lidera l'envelliment, amb un índex del 207,2% (207 persones grans per cada 100 menors de 16), seguida de Galícia (190,5%) i Castella i Lleó (187,5%). D'altra banda, Ceuta i Melilla, Múrcia, Andalusia i les Illes Balears són les úniques regions amb una proporció de joves més gran.

Taula 3 | *Evolució de l'envelliment de la població espanyola*

Comunitats autònomes	Anys 2016
Principat d'Astúries	207,2
Galícia	190,5
Castella i Lleó	187,5
País Basc	143,5
Cantàbria	143,0
Aragó	138,9
Extremadura	132,2
La Rioja	128,7
Comunitat Valenciana	116,0
Comunitat Foral de Navarra	115,5
Castella - la Manxa	112,2
Catalunya	110,3
Comunitat de Madrid	102,1
Canàries	101,7
Illes Balears	94,4¹
Andalusia	94,3
Regió de Múrcia	82,1
Ceuta	50,7
Melilla	39,4
Total nacional	116,4

¹ Per cada 100 joves hi ha 94,4 persones grans a les Illes Balears.

Font: INE (citat a Fundació Adecco, 2016, p. 2)

Algunes dades més ens ajudaran a conèixer el perfil de la població de gent gran a Espanya. Tal com ha quedat reflectit en la informació sobre aquest tema en anuaris anteriors, el sexe femení és el més predominant en la vellesa. De fet, segons INE 2015, hi ha un 33%

més de dones (4.897.713) que d'homes (3.676.272). La supervivència femenina és més alta que la masculina, i la taxa de mortalitat masculina és superior a la femenina. El 2014 les dones espanyoles tenien una esperança de vida en néixer de 85,6 anys i els homes de 80,1 anys. L'esperança de vida en la població espanyola, tant en el moment de néixer com als 65 anys, tant en homes com en dones, és una de les més altes de la Unió Europea (Abellán i Pujol, 2016). Tots dos indicadors han de tenir-se en compte en relació amb les anàlisis de necessitats de la població més gran que han de dur-se a terme per preparar les respostes de present i de futur per a aquesta nova realitat demogràfica.

3. Dades de les Illes Balears

Tal com hem vist en apartats anteriors, Canàries (70%), les Illes Balears (68,8%) i Madrid (67,1%) són les comunitats autònomes amb un percentatge més alt de persones de 15 a 64 anys (IMSERSO, 2015). Segons aquesta mateixa font, a Espanya i en la dècada compresa entre 2003 i 2013, ha tingut lloc un ampli increment de la població més gran de 65 anys i més, la qual, encara que presenta desigualtats entre les diferents comunitats autònomes, s'ha incrementat el 15,6%. Concretament, «Canàries és la comunitat on ha crescut més la població de gent gran en aquest període (32,6%), seguida de Madrid (25,3%) i de les Illes Balears (23,5%), la qual cosa remarca la tendència alcista en aquest col·lectiu de població en regions amb un volum de població adulta que presenten més envelliment que altres regions amb menys població» (p. 32).

Diverses d'aquestes comunitats també són les que reben el percentatge més elevat de persones grans estrangeres, sobretot europees. Les procedents de Gran Bretanya, amb el 34,23%, i d'Alemanya, amb el 12,53%, són les nacionalitats més significatives. El lloc més habitual on fixen la seva residència els estrangers de 65 anys i més són les costes del Mediterrani i algunes illes dels arxipèlags canari i balear. Entre les províncies més representatives, hi ha Alacant, amb el 27,89% d'estrangers, i Màlaga, amb el 14,17%. El 6,23% és a Santa Cruz de Tenerife i el 4,87% a les Illes Balears i Las Palmas de Gran Canària. En totes s'ha produït un lleuger descens respecte al 2011 (IMSERSO, 2015).

Pel que fa a les raons per establir-se a les Illes Balears, «el bon clima, la qualitat de vida o la seguretat són alguns dels factors que contribueixen al fet que cada vegada hi hagi una presència de població de gent gran estrangera més elevada a les zones costaneres [...]. Per exemple, en el cas de les Illes Balears, l'any 2013, les persones grans estrangeres representaven el 9,61%» (p. 35). Calvià, Deià i Andratx són els municipis on hi ha més població estrangera, concretament, a Calvià i Deià s'hi ha establert la britànica, i a Andratx, l'alemanya.

D'acord amb les dades, les Illes Balears són una de les comunitats autònomes més joves pel que fa a l'edat de la seva població, tot i que, des d'una perspectiva comparativa amb

la resta de comunitats autònomes, com la resta de la població espanyola, presenta un percentatge elevat de població de 65 anys i més.

Tenint en compte aquesta qüestió i en relació amb la taxa de dependència a Espanya, les dades d'IMERSO (2015) indiquen que «el 2013 la taxa de dependència a Espanya era del 51%, en què el 26,75% era la taxa de dependència de les persones més grans de 64 anys i el 24,3% la de les joves. Per comunitats autònomes, les taxes més altes de dependència s'observen a Castella i Lleó (56,8%), Galícia (55,7%) i Aragó (54,6%) i les més baixes a Canàries (42,8%) i les Illes Balears (44,9%)» (p. 147). En línia amb l'anterior, a les Illes Balears s'observa un percentatge més reduït de població de persones grans que declara veure's limitada en la realització de les activitats bàsiques (24%), seguida de Galícia, Castella i Lleó, Navarra i el País Basc, que oscil·len entre el 25% i el 30%.

En la taula 4 i en el gràfic 1 recollim la població de Balears per grups d'edat (INE, 2015b). El nombre de persones de 65 anys i més és de 164.956, de les quals el 27,57% o 45.492 tenen 80 anys i més.

Taula 4 | *Població per sexe, illes i edat (grups quinquennals).*

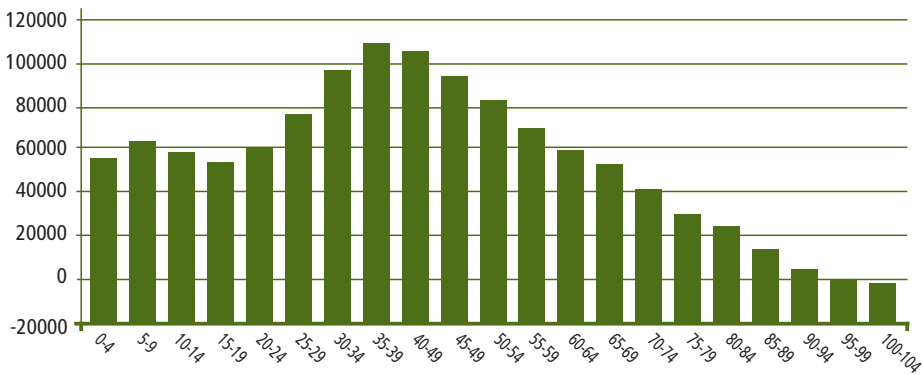
EDAT	TOTAL ILLES BALEARS
0-4	55.130
5-9	60.822
10-14	55.896
15-19	51.481
20-24	58.276
25-29	73.062
30-34	91.270
35-39	103.035
40-44	99.295
45-49	88.247
50-54	78.454
55-59	66.429
60-64	56.490
65-69	50.803
70-74	39.414
75-79	29.247
80-84	24.521
85-89	14.653

continua

EDAT	TOTAL ILLES BALEARS
90-94	6.318
95-99	1.434
100 i més	202

Font: INE (2015b)

Gràfic 1 | Població per sexe, illes i edat (grups quinquennals)



Font: INE (2015b)

4. Fortaleses, reptes i oportunitats de les persones més grans de 65 anys a Espanya

Els informes internacionals, com el de l'Organització Mundial de la Salut (2015), i les propostes recents basades en l'anàlisi de l'evidència sobre l'envelliment en la població (Canadian Institute of Health Research i el National Institute of Ageing, 2016) apunten al manteniment de la capacitat funcional com un dels aspectes més importants a tenir en compte. Això inclou molts i diferents aspectes que poden posar-la en risc relacionats amb l'alimentació, l'exercici físic, les relacions socials i el suport emocional, les formes de vida diària entre altres aspectes com el nivell de càrrega familiar, l'economia, el transport o l'habitatge. Sobre aquest tema, recollim les reflexions de l'OMS (2015): «Dades empíriques demostren que la pèrdua de capacitat generalment associada amb l'envelliment solament es relaciona vagament amb l'edat cronològica d'una persona. No existeix una persona gran "típica". La diversitat resultant en les capacitats i les necessitats de salut de les persones grans no és aleatòria, sinó que es basa en fets ocorreguts al llarg del curs de la vida que sovint poden modificar-se, la qual cosa posa de manifest la importància de l'enfocament del curs de la vida» (p. 8).

En aquesta línia, sembla clara la necessitat de debat en l'àmbit de la salut pública sobre les respostes més apropiades per a l'envelliment de la població. El 2015, IMSERSO publicava informació actualitzada sobre les persones grans a Espanya i destacava alguns aspectes a tenir en compte favorables a l'envelliment en positiu i el manteniment de la capacitat funcional. L'informe destaca que les persones de més de 65 anys estan satisfetes amb el seu temps lliure, dormen un nombre d'hores adequat i els seus hàbits alimentosos són més adequats que el d'altres grups d'edat: «Els hàbits alimentosos també distingeixen en bona mesura les persones grans [...]. Són les que més consumeixen fruites fresques, verdures i peixos, i les que mengen menys carn, ous i pastisseria. Per exemple, el 82% pren fruita diàriament, un percentatge que tendeix a caure a mesura que l'edat és més baixa, fins al 44% dels joves» (p. 238).

D'altra banda, el mateix informe planteja alguns reptes que necessiten més interès. Entre altres, l'atenció a la prevenció de l'exclusió social, la qual afecta de forma més important les persones de més de 65 anys i en concret les persones que viuen en el medi rural, atès que es concentren diversos aspectes que poden contribuir a l'aïllament social, com l'edat, l'estat de salut, la condició socioeconòmica, la discapacitat i, fins i tot, el debilitament de les relacions socials: «La iniquitat que sofreixen les persones grans que viuen en àrees rurals es manifesta en desigualtats com l'accés a determinats serveis, la distribució dels ingressos, la participació política i comunitària i les xarxes socials i familiars» (p. 34). La bretxa digital també és un altre aspecte que lliga amb l'aïllament social i que té a veure, així mateix, amb l'economia. De fet, tal com assenjala l'informe: «Les persones de més de 65 anys que viuen en llars amb ingressos mensuals superiors als 1.600€ mostren una taxa d'ús del telèfon mòbil superior al 80%. Aquest percentatge es redueix en certa mesura en pressupostos inferiors, i és especialment baix en les economies més modestes [...]. Els motius econòmics sí que poden ser una barrera que en freni d'alguna manera la utilització» (p. 294).

Altres aspectes a tenir en compte en l'abordatge de la transició demogràfica positiva són assenyalats pel Fons de Població de les Nacions Unides. En el seu informe de 2012, la UNFPDA indica que «hi ha preocupació sobre les capacitats de les societats per abordar els desafiaments que comporta aquesta transició demogràfica» (p. 3), i n'assenjala específicament alguns, com les polítiques de gènere i l'atenció sanitària. Vegem-les:

«Les dones grans solen ser més vulnerables a la discriminació, a més de tenir un deficient accés a l'ocupació i a l'atenció de la salut, estar subjectes a maltractaments, a la denegació del seu dret a la propietat i l'herència de béns, i a la falta d'un ingrés bàsic mínim i la manca de mesures de seguretat social. Però els homes grans, particularment després de la seva jubilació, també poden passar a ser vulnerables a causa de l'afebliment de les seves xarxes de suport social i també poden estar subjectes a maltractaments, en particular en

qüestions financeres. Aquestes diferències tenen importants repercussions en les polítiques públiques i la planificació de programes» (p. 4).

Respecte a l'atenció sanitària, l'informe de la UNFPDA (2012, p. 5), igual que altres informes posteriors, com el de l'OMS (2015), reitera la importància de l'atenció preventiva, curativa i de durada perllongada, sempre tenint en compte una perspectiva que abasti tota la vida. Recomana incloure la promoció de la salut i les activitats de prevenció de malalties a fi de mantenir la independència de les persones grans, prevenir i ajornar la malaltia i la discapacitat, i oferir tractament.

5. Propostes de futur

Encara que moltes qüestions sobre el futur d'alguna manera ja es dedueixen a partir del que hem dit en l'apartat anterior, reservem aquest espai per aprofundir en alguns aspectes relatius a l'envelliment de la població que sens dubte han d'abordar-se de manera diferent a com s'estan duent a terme actualment, d'acord amb la realitat demogràfica. Per això, reprenem la principal reflexió continguda en l'Informe de l'OMS sobre l'envelliment i la salut (2015) sobre la importància del manteniment de la capacitat funcional: «Els principals costos per a la societat no són les despeses que es fan per promoure aquesta capacitat funcional, sinó els beneficis que podrien perdre's si no realitzem les adaptacions i inversions apropiades. L'enfocament recomanat davant l'envelliment de la població, que té en compte la societat i inclou l'objectiu de construir un món favorable a les persones grans, requereix transformar els sistemes de salut del model curatiu en la prestació de cures integrals, centrats en les necessitats de les persones grans» (p. 9).

Efectivament, l'envelliment com a procés i les necessitats de les persones grans han d'orientar les polítiques que s'han de dur a terme en aquest àmbit, que prevegin les necessitats actuals i futures i els perfils diferencials de les persones grans. Al costat de l'anàlisi de necessitats de les persones grans mitjançant l'ús d'estratègies, procediments i instruments basats en l'evidència científica, la importància dels recursos i dels serveis és molt transcendent perquè el repte de ser gran es converteixi en una oportunitat.

Sobre aquest tema, en l'informe de l'OMS (2015) es fa una crida a l'acció als estats membres perquè prenguin mesures de salut pública que garanteixin l'envelliment saludable i puguin donar resposta a les necessitats de la població a través de polítiques i serveis ben dissenyats en els quals, a partir del gran objectiu del manteniment de la capacitat funcional, es preveuen quatre esferes prioritàries per a l'acció, que són les següents (p. 243):

Adaptar els sistemes de salut a les poblacions d'edat avançada que atenen actualment

- Crear serveis que proporcionin atenció integrada i centrada en les persones grans i garantir-hi l'accés
- Orientar els sistemes entorn de la capacitat intrínseca
- Garantir un equip de personal sanitari sostenible i degudament capacitat

Crear sistemes de cures a llarg termini

- Establir les bases necessàries per a un sistema de cures a llarg termini
- Conformar i mantenir equips de treball de cures a llarg termini sostenibles i degudament capacitats
- Assegurar la qualitat de les cures a llarg termini

Crear entorns adaptats a les persones grans

- Combatre la discriminació per motius d'edat
- Propiciar l'autonomia
- Donar suport a l'envelliment saludable en totes les polítiques i en tots els nivells del govern

Millorar el mesurament, el monitoratge i la comprensió

- Acordar indicadors, mesures i enfocaments analítics relatius a l'envelliment saludable
- Saber més sobre la salut i les necessitats de les poblacions de gent gran, i en quina mesura es cobreixen les seves necessitats
- Comprendre més bé les trajectòries de l'envelliment saludable i què es pot fer per millorar-les

Lògicament, la proposta inclou diferents estratègies per al manteniment de la capacitat funcional en funció de si aquesta és alta i estable. En aquest cas, els objectius a tenir en compte seran l'eliminació de les barreres a la participació i les mesures preventives de les malalties cròniques incloent-hi la detecció precoç de malalties. En el cas que ja es produeixi deterioració de la capacitat, l'objectiu serà prevenir que torni a ocórrer, habilitant la capacitat funcional malgrat la deterioració. I, en el cas que ja hi hagi hagut pèrdua important de capacitat o alt risc de sofrir-ne, els objectius hauran d'orientar-se a viure la vida amb la màxima dignitat possible i disposar dels serveis bàsics necessaris per tractar les malalties cròniques avançades.

Efectivament, a partir de la prioritat bàsica del manteniment de la capacitat funcional, proposades avançades com l'elaborada recentment pel Canadian Institute of Health Research i el National Institute of Ageing (2016), apunten altres aspectes que sens

dubte reforcen aquest objectiu de salut i de vida independent considerant quatre pilars bàsics: 1) capacitar les persones grans perquè siguin ciutadans independents, productius i implicats de la comunitat. Aquest és un dels principals pilars, atès que inclou diverses accions a dur a terme, bona part de les quals encara estan poc esteses. Cal tenir en compte que en aquest apartat es preveu la necessitat de proporcionar oportunitats perquè les persones grans romanguin vinculades i siguin membres productius de la societat. Això suposa tenir en compte aspectes econòmics (garantir que les persones grans no visquin en situació de pobresa) i que disposin d'un habitatge digne i assequible, i també serveis de transport. També inclou combatre de forma prioritària els elevats nivells d'aïllament social de la població de gent gran, així com dur a terme accions precises i específiques per combatre el edadisme o la discriminació per raons d'edat, i l'abús a les persones grans. També inclou l'ambient físic i la necessitat de disposar d'espais públics amigables amb la gent gran, i el disseny de serveis socials comunitaris i d'oci que s'hagin dissenyat tenint en compte la resposta a les necessitats d'aquesta població; 2) capacitar les persones grans perquè tinguin vides saludables i actives tant temps com sigui possible duent a terme activitats que promoguin el benestar, la prevenció i l'envelliment saludable; 3) proporcionar atenció integrada centrada en la persona d'alta qualitat al més a prop de casa per part de personal especialitzat en el coneixement i les habilitats adients, i 4) donar suport als cuidadors, és a dir, reconèixer i donar suport a la família i amics de més edat que tenen cura de manera no remunerada als seus éssers estimats.

Les propostes per a l'acció també inclouen cinc principis a tenir en compte en la planificació i oferta de serveis (Canadian Institute of Health Research i National Institute of Ageing, 2016, p.16-18):

- 1) **Accés:** Quan es planifiquen serveis cal preguntar-se primer si s'està assegurant que les persones grans, les seves famílies i els seus cuidadors puguin accedir fàcilment als serveis i suports que necessitin en un moment oportú i de manera eficient.
- 2) **Equitat:** Tenir en compte la diversitat, tant la visible com la invisible, per garantir que les necessitats de les persones grans de diferents grups etnoculturals siguin reconeguts, així com lesbianes, gais, bisexuals, transexuals i intersexuals (LGBTI), i les persones que tenen capacitats limitades i que tenen necessitats especials, i se'ls proporcionen les mateixes ajudes que reben els altres.
- 3) **Elecció:** No només oferir gran varietat de suports i serveis sinó fer arribar a les persones grans tanta informació com sigui possible sobre les opcions de què disposen i respectar la llibertat de triar aquelles amb les quals se sentin més còmodes.
- 4) **Valor:** Tenir en compte la sostenibilitat de les inversions realitzades.

5) **Qualitat:** Considerar la qualitat en la prestació dels serveis.

En definitiva i per concloure, la demografia de l'envelliment de la població ha de marcar la prioritat dels governs des d'una perspectiva pública i integral. Això implica, d'entrada, una concepció diferent del procés d'envelliment i de la vellesa que tingui com a objectiu principal l'envelliment saludable de la població i les accions per dur-ho a terme.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A. i Pujol, R. (2016). *Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: CSIC, Informes Envejecimiento en Red.

Canadian Institute of Health Research and National Institute of Ageing (2016). *An evidence-informed National Senior Strategy for Canada*. Recuperat de: goo.gl/3xnWMS

Coll-Planas, G. i Missé, M. (2009). *Diagnóstico de las realidades de la población LGTB de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Eurostat (2016). *Population structure and ageing*. Recuperat de: goo.gl/KmxAAj

Fons de Població de les Nacions Unides, UNFPDA (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una celebración y un desafío*. Estados Unidos: UNFPDA.

Fundación Adecco (2016). *2016: Nuevo máximo histórico de envejecimiento en nuestro país (116%)*. Recuperat de: goo.gl/5kSPBv

Gracia, J. (2011). *Los derechos humanos y la posición social de las personas mayores LGBT: Un supuesto específico: los malos tratos*. Recuperat de: goo.gl/nF4rtA

Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2015 (2015a). Resumen ejecutivo. Recuperat de: goo.gl/mZlh4L

Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2015 (2015b). Informe completo. Recuperat de: goo.gl/Vwul3Z

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2015). *Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperat de: goo.gl/KKXY9M

Instituto Nacional de Estadística, INE (2015a). *Padrón. Población por comunidades autónomas*. Recuperat de: goo.gl/5Tknd

Instituto Nacional de Estadística, INE (2015b). *Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Datos por islas*. Recuperat de: goo.gl/R0qbAM

Organització Mundial de la Salut (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Recuperat de: goo.gl/MkswXj

PewResearchCenter (2016). *This may be the last presidential election dominated by Boomers and prior generations*. Recuperado de: goo.gl/oqDW6h

Ramos, J. (2015). Intervención social con mayores transexuales. Estudio de un caso hipotético. *Trabajo Social Hoy*, 74, 35-58. Doi: 10.12960/TSH.2015.0003.

**UN PERFIL APROXIMAT DE LA POBLACIÓ
DE LA TERCERA EDAT A LES ILLES BALEARS.
INDICADORS ESTADÍSTICS BÀSICS, 2016**

Un perfil aproximat de la població de la tercera edat a les Illes Balears. Indicadors estadístics bàsics, 2016

Ferran Dídac Lluch i Dubon

Resum

Aquest article és en bona mesura una adaptació de l'anàlisi per a les Illes Balears dels indicadors estadístics bàsics publicats pel CSIC per al conjunt de l'Estat espanyol (vegeu la bibliografia i les fonts). És una revisió extensa d'alguns indicadors que ens poden ajudar a entendre les característiques de la població de 65 anys i més de les nostres illes, a partir de l'estudi de les variables en quatre grans blocs: A. Indicadors demogràfics, que analitzen l'envelliment i les projeccions futures de la població; B. Longevidat i estat de salut, en què s'analitzen qüestions com l'esperança de vida, la morbiditat hospitalària, les causes de defunció i la valoració de la pròpia salut; C. L'economia de la tercera edat, en què parlarem de pensions, taxa de pobresa o exclusió social i tipus de despeses a la llar; D. El darrer apartat es titula tipus de llar, formes de convivència i algunes característiques socials. És un bloc molt ampli en què tractem aspectes com l'estructura de les llars, l'estat civil, les persones de suport al col·lectiu, la formació educativa, l'ús de les noves tecnologies i, finalment, una descripció d'un índex sintètic: l'índex d'envelliment actiu, que pretén deduir el dinamisme d'aquest grup social a través d'una bateria d'indicadors combinats.

Resumen

Este artículo es, en buena medida, una adaptación del análisis para las Islas Baleares de los indicadores estadísticos básicos publicados por el CSIC para el conjunto del Estado español (véase la bibliografía y las fuentes). Es una extensa revisión de algunos indicadores que nos pueden ayudar a entender las características de la población de 65 años y más en nuestras Islas, a partir del estudio de las variables en cuatro bloques: A. Indicadores demográficos, que analizan el envejecimiento y las proyecciones futuras de la población; B. Longevidad y estado de salud, en que se analizan cuestiones como la esperanza de vida, la morbilidad hospitalaria, las causas de defunción y la propia valoración de la salud; C. La economía de la tercera edad, en que hablaremos de pensiones, tasa de pobreza o exclusión social y los tipos de gastos en el hogar; D. El último apartado se titula tipos de hogar, formas de convivencia y algunas características sociales. Es un bloque muy amplio en el que trataremos aspectos como la estructura de los hogares, el uso de las nuevas tecnologías y, finalmente, una descripción de un índice sintético: el índice de envejecimiento activo, que pretende deducir el dinamismo de este grupo social a través de una batería de indicadores combinados.

1. Introducció

L'objectiu d'aquest article és oferir algunes característiques sobre la població de la tercera edat a les Illes Balears a través d'alguns indicadors estadístics bàsics i algunes reflexions personals sobre aquesta qüestió. Evidentment, en un article és impossible descriure totes les característiques del col·lectiu, com ho és també descriure sota un mateix epígraf altres grups demogràfics formats, a priori, per una única característica específica, com el sexe o la pertinença a una religió determinada. Les persones grans no són un col·lectiu uniforme, com tampoc no ho és la societat en conjunt. Hi trobem importants diferències des del punt de vista econòmic, social i cultural. Tot i això, també és cert que posseeixen una sèrie de característiques comunes que ens permeten considerar-los com un grup amb una certa homogeneïtat, ja que es tracta de persones que ocupen la cúspide de la piràmide de la mateixa edat i que presenten una sèrie de característiques comunes derivades de l'edat, com la pertinença a un col·lectiu amb necessitats específiques socials i sanitàries, amb una determinada esperança de vida, total i en bona salut, amb importants diferències per edat i amb un rellevant paper de suport de l'entorn familiar i social.

Un grup social que, alhora, és dinàmic i canviant i que al llarg dels darrers decennis ha adquirit un protagonisme important, no només pel seu creixent pes en el si de la societat en termes purament quantitius, sinó perquè ha adoptat un paper molt més actiu i dinàmic i, per tant, des d'un punt de vista qualitatiu.

I de què parlem quan diem tercera edat?

Alguns pensaran que la resposta és clara i evident. Habitualment, molts manuals demogràfics i gran part dels estudis que prenen en consideració les persones d'edat més avançada de la nostra societat estableixen com a edat d'inici de pertinença a la tercera edat els 65 anys. Aquesta dada, tan objectiva, respon a una fita que durant molt de temps s'ha mantingut immutable: l'edat en què la gent es podia acollir en plenitud de drets a rebre la prestació de jubilació. Aquesta edat suposava un canvi prou significatiu: de població activa es passava a població inactiva des d'un punt de vista econòmic i laboral; de productors i generadors de rendes per a les arques estatals es passa a ser perceptors de pensions.

Però resulta evident que, des d'un punt de vista objectiu, quant a les capacitats i les competències individuals i socials, tant és si una persona té 64 anys i escaig o si ja ha complert els 65 anys. Cal, per tant, considerar els 65 anys com una barrera fixada de manera artificial o si voleu, legal, principalment d'acord amb factors de tipus econòmic i productiu. De fet, som del parer que aquesta barrera, a curt i, molt més encara, a mitjà termini, s'haurà de substituir, com a mínim, per la nova edat de jubilació que, com sabem, presenta una certa tendència creixent i que, possiblement en un futur no tan llunyà,

es podrà arribar a apropar als 70 anys. I si a algú l'espanta que la jubilació comenci en edats tan avançades, li recordarem que en determinats països del nostre entorn socioeconòmic ja es comença a permetre treballar a aquells que perceben el subsidi de jubilació. I en molts casos, no és perquè el treballador tingui una manifesta voluntat de continuar treballant perquè en gaudeix, cosa que sí que pot succeir en determinats tipus de treballs altament qualificats i que poden constituir un eix de felicitat per a aquestes persones (metges especialistes, juristes, professors d'universitat...), sinó per poder subsistir, atès que la tendència és que, cada cop més, les pensions de jubilació endureixen les condicions d'accés de percepció (més anys de cotització per cobrar el 100% de la prestació, increment del període de cotització per efectuar el càlcul de la pensió corresponent...) i que, en definitiva, determinen que la quantia sigui més baixa. D'altra banda, en aquest mateix sentit, es porten a terme les reformes laborals que han fet que els salaris hagin baixat en molts casos i que la tendència sigui que, en el millor dels casos, presentin un increment molt moderat. Aquests salaris tan baixos, juntament amb la precarietat laboral, anuncien un futur a mitjà i llarg termini de baixes prestacions, ja que molts treballadors ja no arribaran durant la seva vida laboral a acumular els anys exigits per cobrar la percepció íntegra i, a més, la base de cotització també serà baixa.

En aquest sentit, encara recordem un documental sobre la situació laboral dels Estats Units en què gent de 70, 75 i, fins i tot, de més de 80 anys feien cua a les oficines d'ocupació tot cercant alguna feina.

Però tornem a la discussió sobre el punt de consideració d'inici de la tercera edat. Hi ha diversos intents per presentar un indicador que mesuri aquest inici tot considerant altres factors a banda de l'edat objectiva de la persona. Aquests factors serien, bàsicament, l'esperança de vida d'una banda i la millora de les condicions de salut i les taxes de discapacitat de les persones grans. Així, enfront de l'edat biològica, Antonio Abellán i Rogelio Pujol parlen de l'edat que anomenen prospectiva. Aquesta edat no seria fixa, sinó variable en el temps, ja que no considera una edat concreta, sinó que considera l'entrada a la població vella en el moment en què una persona passa el llindar de l'esperança de vida dels 15 anys. I, atès que una de les característiques que presenta la població actualment és l'increment de l'esperança de vida, l'edat d'entrada a la vellesa s'endarrerirà (vegeu la bibliografia).

He presentat aquest indicador, no pel fet que pensi que s'imposarà, sinó pel fet que introdueix uns elements molts importants d'estudi que també tractarem al llarg d'aquest article, com ara, l'esperança de vida i els anys amb bona salut. Ens permet entendre d'una manera visual que el concepte d'envelliment varia al llarg del temps i que, a més, hi ha importants diferències entre sexes. Un cop dit això, creiem que els indicadors més clàssics, com el de l'esperança de vida en néixer o als 65 anys (o des del moment en què se situa l'edat de jubilació) o els indicadors que s'estableixen entre el grup d'edat que considerem vella i altres grups de la societat, seran els que es continuaran utilitzant més.

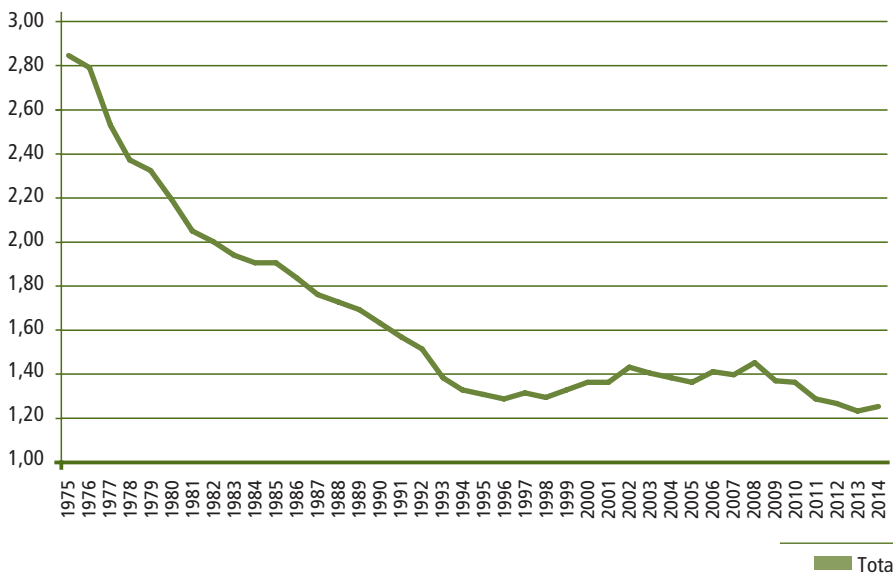
Notes prèvies: alguns conceptes per entendre el funcionament demogràfic d'una població

De vegades analitzem determinats aspectes de la demografia sense que, prèviament, ningú s'hagi entretingut a explicar-nos quins són i com actuen els mecanismes evolutius d'una població. Intentarem fer-ho de manera resumida tot seguit:

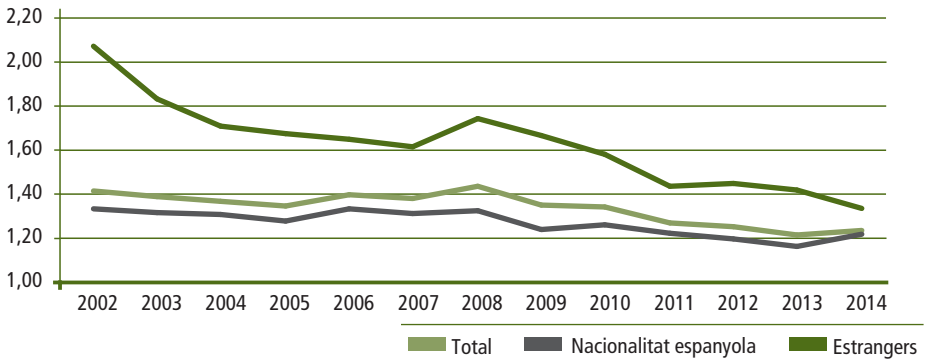
Elements evolutius d'una població

Qualsevol grup de població evoluciona al llarg del temps per dos grups de factors: els factors de tipus intern o moviment natural de la població (naixements i defuncions) i els factors de relació amb l'exterior del grup considerat: els moviments migratoris, d'entrada (immigració), o bé de sortida (emigració). En determinades circumstàncies especials (en cas de manca de contacte amb l'exterior o quan considerem el planeta en conjunt) només cal parlar de dinàmica natural, mentre que, generalment, els moviments migratoris no només són importants sinó que són absolutament determinants, com en el cas de les Illes Balears.

Gràfic 1 | *Evolució dels fills per dona, Illes Balears, 1975-2014*



Gràfic 2 | Fills per dona, Illes Balears, per nacionalitat, 2002-2014



Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears. IBESTAT

És important entendre els mecanismes demogràfics per preveure'n l'impacte demogràfic a curt i mitjà termini, a partir de l'aportació o sostracció d'efectius segons l'edat (en termes de rejuveniment o envelliment, increment o decrement del potencial fecund, etc.).

El quadre adjunt presenta un resum de les situacions que es poden produir, d'acord amb l'anàlisi general per components.

Situacions que es poden produir en qualsevol societat d'acord amb el tipus de creixement natural i balanç migratori que presentin

Creixement natural o vegetatiu		
Balanç migratori	Creixement vegetatiu + (naixements > defuncions)	Creixement vegetatiu - (defuncions > naixements)
Balanç migratori + (immigrants > emigrants)	Creixement de la població. La població presenta encara una dinàmica natural positiva, cosa que reflecteix que la població no està gaire envellida globalment (no significa que no hi hagi un increment important de la població de la tercera edat) i la potència de la migració reflecteix el dinamisme econòmic. En principi, la viabilitat de la societat, des d'un punt de vista demogràfic, sembla garantida. Les Illes Balears es troben en aquesta situació.	La població creix en funció de si és més gran el balanç migratori que el creixement vegetatiu. Reflecteix una situació madura estructural de la població. La migració reflecteix, generalment, el dinamisme econòmic de la societat. Aquesta situació demogràfica és freqüent als països desenvolupats. La migració és l'esperança demogràfica de futur d'aquestes societats. Pot produir un cert augment de la fecunditat i un rejuveniment estructural.
Balanç migratori - (emigrants > immigrants)	La població creix en funció de si el creixement vegetatiu és superior al balanç migratori. És més habitual en països en vies de desenvolupament. A la llarga provoca un cert envelliment estructural i el descens del creixement natural.	Pèrdua de la població. És la situació que presenta una pitjor perspectiva des d'un punt de vista demogràfic. La dinàmica vegetativa reflecteix una societat envellida que, a més, presenta pèrdua de població jove i fecunda, cosa que a mitjà termini agreuja la situació. La pèrdua per migració indica poc dinamisme econòmic. Aquesta situació correspondria a algunes comunitats autònomes de l'Estat espanyol, com Astúries o Castella i Lleó.

Font: Elaboració personal

2. Indicadors demogràfics

2.1. L'envelliment: taxes i perspectives

Les Illes Balears, com la resta dels països del nostre entorn i el conjunt de l'Estat espanyol, presenten una tendència cap a l'envelliment de la població.

Així, segons dades del Padró Continu d'Habitants, mentre que a l'Estat espanyol hi havia, el dia 1 de gener de 2015, 8.573.985 persones de 65 anys i més, cosa que suposava el 18,4% de la població (46.624.382), a les Illes Balears hi havia 166.592 persones de 65 anys i més. Aquest contingent significa un 15,08% del total de la població.

La població de les Illes Balears presenta una taxa d'envelliment 3 punts percentuals per sota de la mitjana estatal i és la tercera comunitat autònoma amb un índex d'envelliment més baix, després de les comunitats de Canàries i de Múrcia.

Aquesta taxa d'envelliment més reduïda s'explica pel fet que les Illes Balears han rebut i continuen rebent importants contingents migratoris que rejuventen l'estructura social i aporten potencial de fecunditat i que, tant des del punt de vista migratori com de creixement vegetatiu, presenten tendències positives.

Si el creixement de la població de 65 anys i més és important, cal indicar que el creixement dels grups d'edats més avançades encara és més intens. La població de 80 anys i més en el conjunt de l'Estat assolí, l'1 de gener de 2015, 2.732.406 efectius, cosa que suposa el 5,9% de la població total.

Menorca, amb un 16,12% de la població de 65 anys i més, és la que presenta la taxa d'envelliment més elevada de l'arxipèlag, mentre que les taxes més baixes es registren a Eivissa (11,75%) i Formentera (12,5%).

Mallorca presentà, en canvi, el percentatge més alt de població de 80 anys i més amb el 4,49%, mentre que el mínim el presentà Formentera amb el 2,93% de població octogenària. En tot cas, les xifres són inferiors a la mitjana estatal.

Taula 1 | *Població total i per determinats grups d'edat, Illes Balears. Padró 2015*

	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
Total població	1.104.479	859.289	92.348	140.964	11.878
65 anys i més	166.592	133.659	14.886	16.561	1.486

continua

	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
% 65 anys i més sobre el total de la població	15,08	15,55	16,12	11,75	12,51
65 i 79 anys	119.464	95.115	11.005	12.206	1.138
% 65 - 79 anys sobre el total de la població	10,82	11,07	11,92	8,66	9,58
80 i més anys	47.128	38.544	3.881	4.355	348
% 80 anys i més sobre el total de la població	4,27	4,49	4,20	3,09	2,93
65-69	50.803	39.997	4.711	5.608	487
70-74	39.414	31.750	3.492	3.805	367
75-79	29.247	23.368	2.802	2.793	284
80-84	24.521	20.002	2.023	2.307	189
85 o més	22.607	18.542	1.858	2.048	159

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT).

2.2. Les perspectives futures sobre l'envelliment: les projeccions de població

L'Institut Nacional d'Estadística (INE) durà a terme, cada dos anys, projeccions de població a llarg termini (50 anys) per al conjunt de l'Estat espanyol i a mitjà termini (15 anys) per a les comunitats autònomes. L'escenari que actualment considera aquest organisme és el següent:

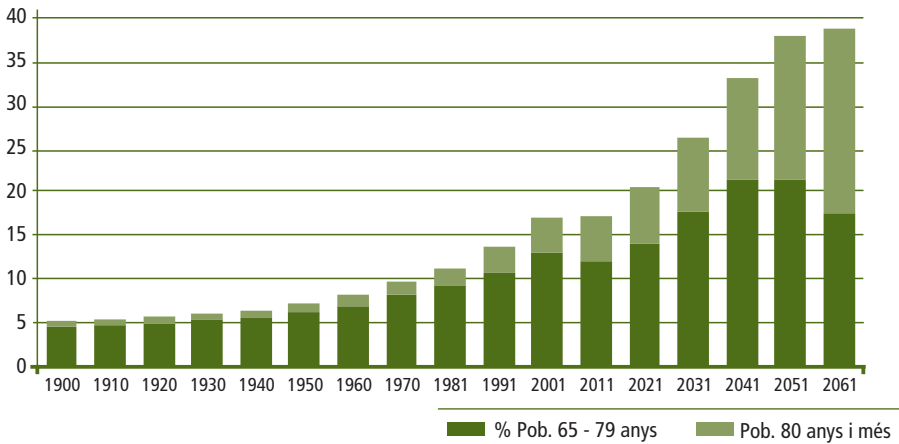
- Creixement vegetatiu negatiu, és a dir, es registra un nombre més alt de defuncions que de naixements.
- La xifra de defuncions s'incrementarà al llarg del període, com a conseqüència de l'envelliment mitjà de la població més elevat, població que experimentarà, al seu torn, un increment significatiu d'esperança de vida durant aquest període.
- La fecunditat, ja molt baixa, tendirà a presentar uns valors encara més baixos.
- Alhora, un altre indicador que també contribueix a la baixa fecunditat, l'edat mitjana de la maternitat, experimentarà nous augments.
- Actualment, l'Estat espanyol ja presenta una de les taxes de fecunditat total més baixes de la UE i, contràriament però íntimament lligada a aquest fenomen, una de les edats mitjanes de maternitat més elevades.
- El balanç migratori (diferència entre el nombre d'emigrants i d'immigrants), tot i que es preveu de signe positiu, no serà suficient per compensar les xifres negatives del

moviment natural que també és com es coneixen els fenòmens interns de la població (naixements i defuncions).

La projecció de la població espanyola per al període 2014-2064 preveu els següents impactes demogràfics:

- Una considerable pèrdua de població global. Així, si es mantenen les taxes considerades, es perdrien aproximadament 1 milió d'habitants en 15 anys i 5,6 milions al final del període.
- Un important increment de les taxes d'envelliment. Així, la població de 65 anys, que actualment representa el 18,2% del total, passaria a ser del 25% cap al 2029 i a aproparse al 39% (38,7%) el 2064.

Gràfic 3 | Evolució del pes percentual de la població de 65-79 anys i de 80 anys i més, Estat espanyol, 1900 - 2061



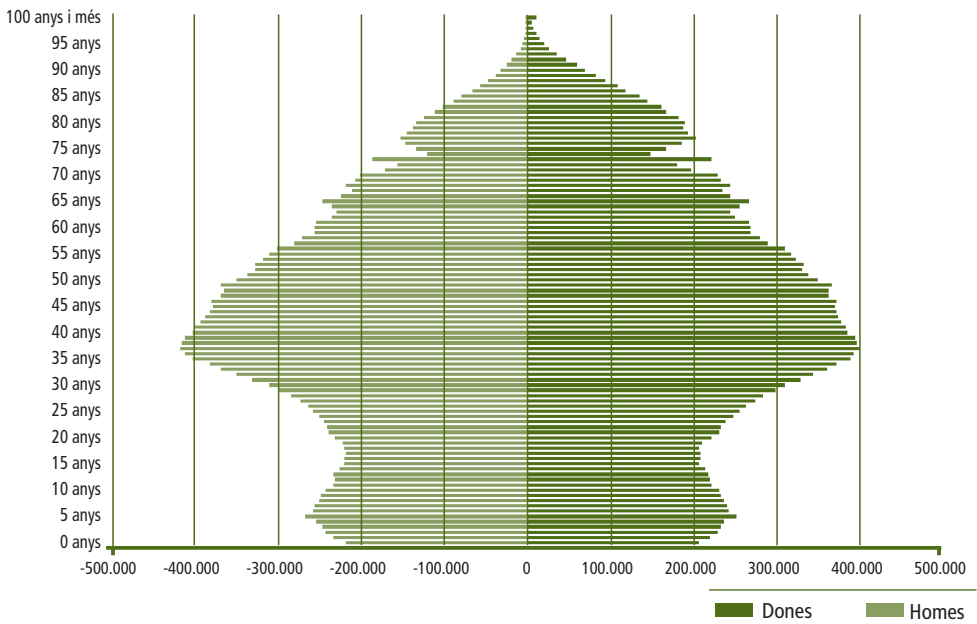
Font: *Un perfil de las personas mayores en España, 2016*. Antonio Abellán - Rogelio Pujol

- L'increment de la taxa de dependència, que és el quocient establert entre la suma de la població de menys de 16 anys i de 65 anys i més, respecte del total de la població serà especialment intens i preocupant. Aquesta taxa mesura la població que es considera suportada (o dependent) per la població potencialment activa, ja que, d'acord amb el marc legal actual, no pot accedir encara al mercat laboral o bé ja n'ha sortit. Així, la taxa actual de dependència, de prop del 52%, augmentarà 7 punts en 15 anys i a finals de la sèrie gairebé duplicarà el seu valor, ja que s'aproparà al 96%. Dit d'una altra manera, si actualment hi ha dues persones potencialment actives per a cada persona dependent, la situació passarà a ser, pràcticament, d'una a una.

- L'acumulació d'efectius en els grups de més edat encara es preveu més intensa i, així, per exemple, la xifra de centenaris es podria multiplicar per 27!

Pel que fa a les comunitats autònomes, es preveu que les xifres de decreixement, ja observades en algunes comunitats autònomes en els darrers anys (podeu consultar les dades a la pàgina web del INE – Projeccions de població), es palesin amb més intensitat. De fet, es preveu que només cinc comunitats autònomes creixeran: Madrid, Canàries, Múrcia, Canàries i les Illes Balears, les quals, si no tenim en compte les ciutats autònomes de Ceuta i Melilla pel seu poc pes demogràfic i la seva especificitat, se situaran en el primer lloc quant a percentatge de creixement. Aquests creixements serien conseqüència, principalment, de fluxos migratoris, atès que es preveu que d'aquí 15 a anys, un període realment prou curt, totes les comunitats autònomes presentaran o bé saldos vegetatius negatius o uns valors molt poc importants.

Gràfic 4 | Piràmide de població. Estat espanyol. 2014

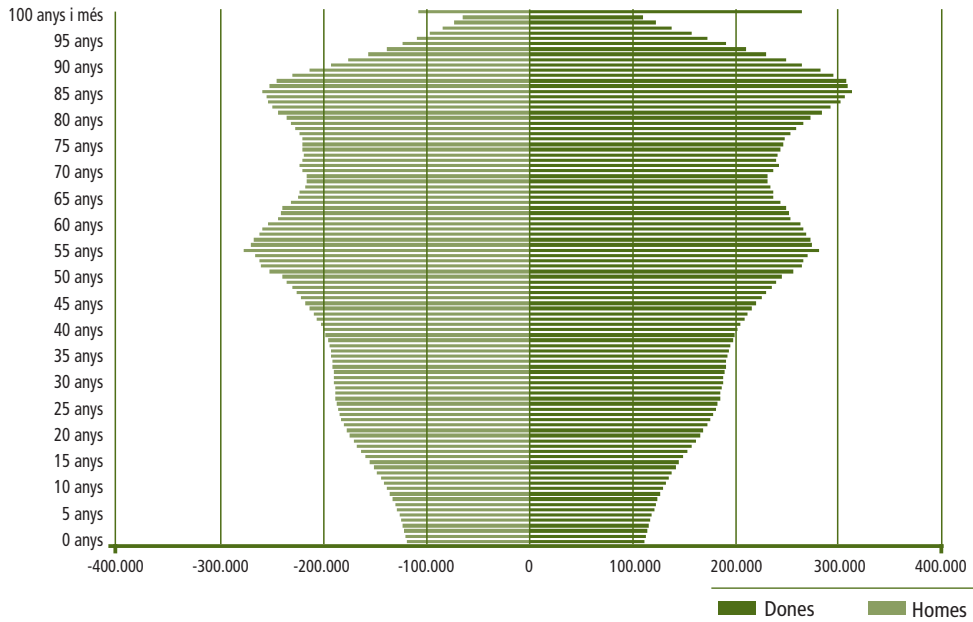


Font: Institut Nacional d'Estadística. Dades del padró

Com a mínim, cal considerar complex el panorama a curt i mitjà termini i el desenllaç dependrà en bona mesura de la reactivació de l'economia productiva, atès l'efecte multiplicador de la sortida dels treballadors de les llistes de recerca d'ocupació i l'increment

de cotitzacions que suposarà. I a llarg termini cal considerar l'increment de les taxes d'activitat general.

Gràfic 5 | Piràmide de població, Estat espanyol, 2064



Font: Institut Nacional d'Estadística - INE. Projeccions de població a llarg termini - 2014-2064

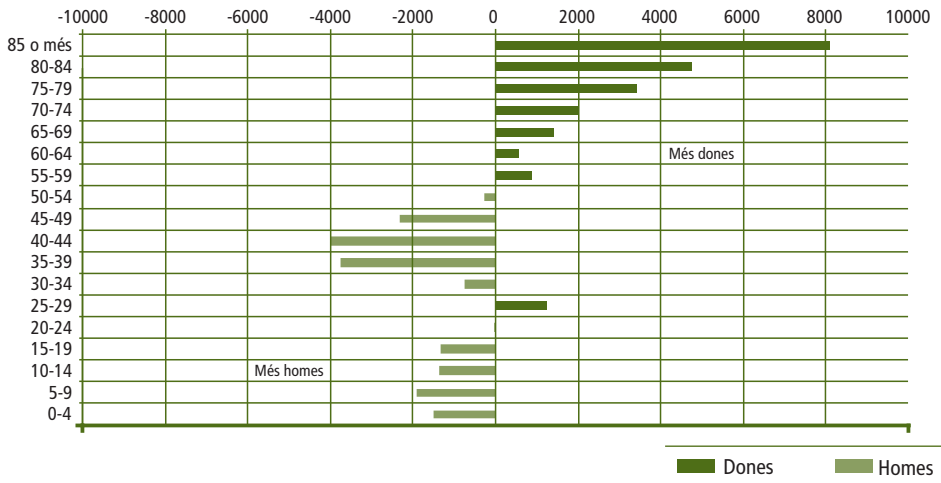
Una bretxa de gènere important

Un altre aspecte sobre el qual ja incidírem en un article anterior és la bretxa de gènere, és a dir, el pes predominant de les dones quan analitzem els sectors de població més envellits. A més, com més gran és el grup de la tercera edat considerat, més intens és aquest fenomen.

Aquesta situació s'explica per la sobremortalitat masculina i l'esperança de vida femenina més alta, a causa d'aspectes biològics, d'una banda, i d'aspectes socioculturals, de l'altra, (tabaquisme, alcoholisme, pràctiques de risc...).

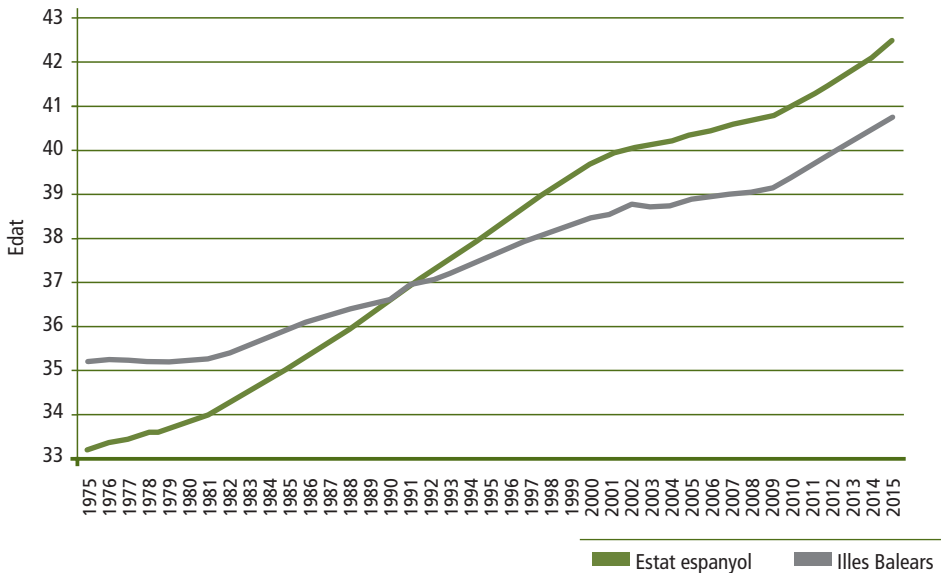
El 2015, a les Illes Balears hi havia un 25% més de dones que d'homes entre la població de 65 i més anys (93.142 dones i 73.450 homes). L'Estat espanyol presentava unes taxes superiors, de prop del 33%.

Gràfic 6 | Diferència entre homes i dones per grups d'edat, Illes Balears, 2015



Font: Dades del padró, 2015. Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Gràfic 7 | Evolució de l'edat mitjana de la població 1975 - 2015, Estat espanyol i Illes Balears



Font: Indicadors demogràfics. Institut Nacional d'Estadística (INE)

L'edat mitjana de la població

Un indicador d'envelliment que pot resultar interessant és el que calcula l'edat mitjana d'una població. Així, un únic valor comparat al llarg del temps o amb altres unitats geogràfiques pot donar una informació sintètica molt interessant.

L'edat mitjana s'incrementa tant per al conjunt de l'Estat espanyol com per a les Illes Balears, i indica un procés progressiu d'envelliment. Els ritmes d'envelliment són distints, superiors per al conjunt de l'Estat espanyol, que a partir de començaments dels anys noranta superen l'edat mitjana de la població del nostre arxipèlag.

La diferència en aquests ritmes és conseqüència d'unes dinàmiques prou diverses, amb fluxos migratoris molt més potents a les Illes Balears i amb un creixement vegetatiu positiu.

La dinàmica demogràfica

La dinàmica demogràfica de moltes comunitats autònomes de l'Estat espanyol és regressiva. Les darreres dades anuals mostren descensos de població, tant pel fet que en determinades ocasions la dinàmica interna fa que hi hagi més defuncions que naixements, com pel fet que el balanç migratori sigui negatiu.

Taula 2 | *Indicadors de creixement de la població. Estat espanyol i comunitats autònomes, 2014*

Resultats per comunitats autònomes				
	Creixement de la població per 1.000 habitants	Creixement vegetatiu x 1.000 habitants	Saldo migratori x 1.000 habitants	Nascuts x 1.000 defuncions (2013)
Total nacional	-1,35	0,70	-2,04	1.092,23
Andalusia	1,28	1,89	0,02	1.240,22
Aragó	-3,69	-1,61	-1,60	873,36
Astúries, Principat d'	-8,63	-5,89	-1,36	524,37
Balears, Illes	8,15	2,52	2,36	1.374,93
Canàries	5,33	0,98	3,35	1.164,31
Cantàbria	-3,96	-2,28	-0,84	862,22
Castella i Lleó	-7,09	-3,98	-0,41	648,09
Castella - la Manxa	-6,01	0,01	-1,82	1.046,08
Catalunya	-2,60	1,39	-4,36	1.177,35
Comunitat Valenciana	-3,39	0,56	-3,92	1.090,48
Extremadura	-4,39	-1,49	-0,67	804,13

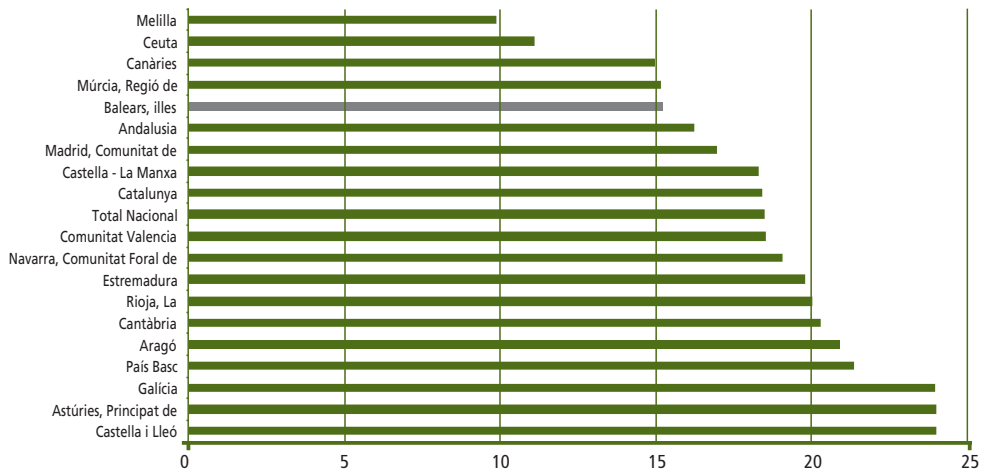
continua

Resultats per comunitats autònomes				
Galícia	-4,59	-3,76	-0,12	648,21
Madrid, Comunitat de	1,10	3,52	-4,87	1.541,36
Múrcia, Regió de	1,35	4,04	-2,88	1.592,19
Navarra, Comunitat Foral de	-0,08	1,06	-2,20	1.141,27
País Basc	-0,95	-0,36	-2,16	969,37
Rioja, La	-5,27	-0,17	-4,07	1.011,15
Ceuta	0,22	8,19	-2,07	2.045,20
Melilla	8,33	13,56	-6,58	3.273,32

Font: Institut Nacional d'Estadística (INE). Indicadors de creixement

Només 5 de les 17 comunitats autònomes de l'Estat, juntament amb les ciutats autònomes, presentaren taxes de creixement positiu el 2014. Això s'explica perquè, d'una banda, tan sols Canàries, les Illes Balears i Andalusia presentaren un balanç migratori positiu i, de l'altra, perquè els creixements vegetatius positius d'algunes comunitats no foren suficients per compensar el saldo migratori negatiu.

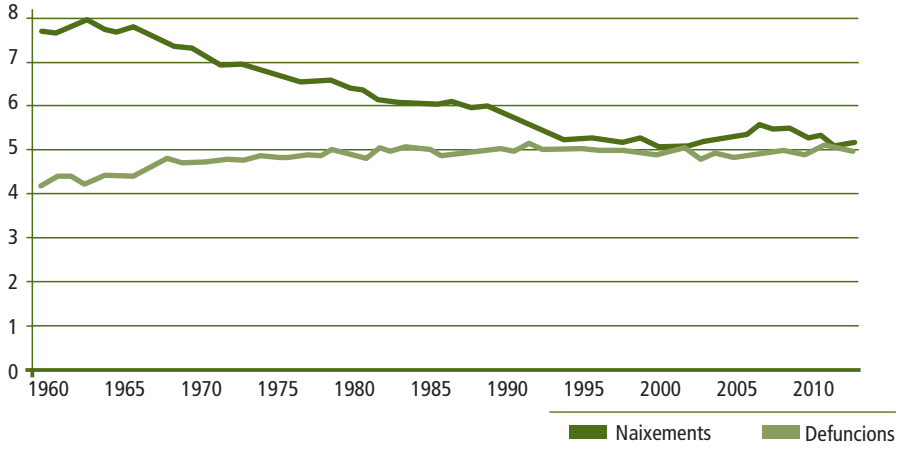
Gràfic 8 | % Pob. 65 anys i més / total



Font: Padró continu d'habitants a 1 de juliol de 2015. Institut Nacional d'Estadística

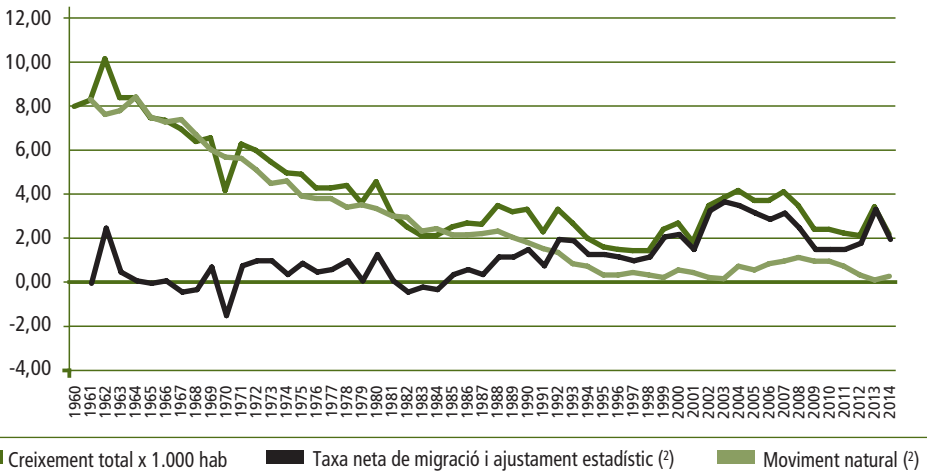
I quina és la dinàmica dels països europeus? Pel que fa als naixements, d'ençà dels anys seixanta, s'ha produït un descens prou significatiu, que s'hauria d'analitzar per països i per períodes més concrets, però per tenir-ne una visió general, les dades que aportem són suficients.

Gràfic 9 | Taxa de naixements i de defuncions per 1.000 habitants, 1961-2014, EU28



Font: Eurostat

Gràfic 10 | Taxes de creixement total, migració neta i moviment natural per 1.000 habitants, 1960-2015, UE28



Font: Eurostat

La taxa de defuncions s'incrementa lleugerament i, entre ambdues taxes, es produeix pràcticament una convergència que, en el cas que se superés, generaria creixements vegetatius negatius, que ja es donen en alguns dels països de la Unió.

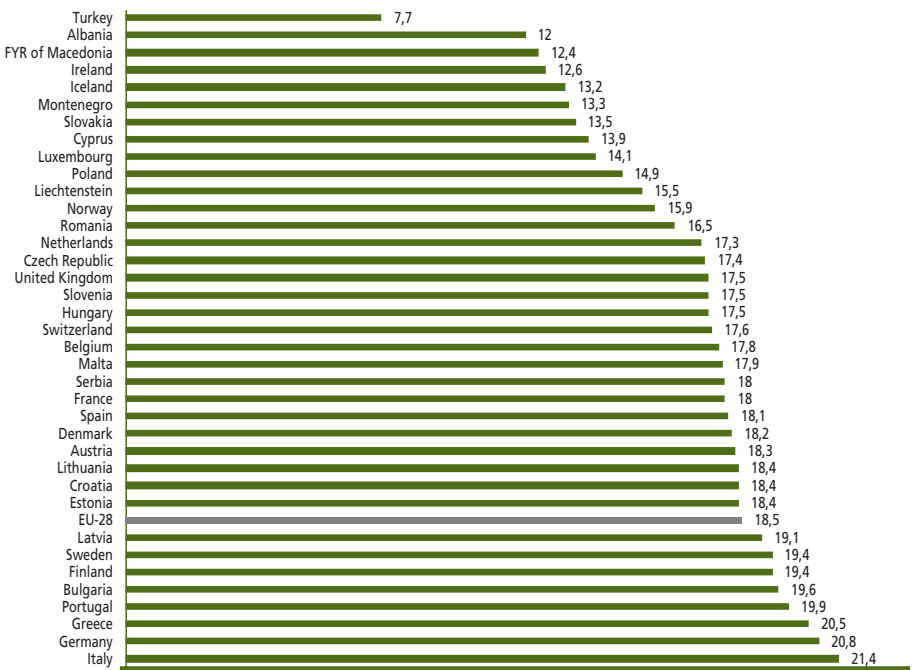
L'evolució per components de creixement mostra que, a l'inici de la fase considerada, als anys seixanta, setanta i vuitanta, el moviment natural és determinant i també és el factor principal per entendre el creixement general de la població europea.

La situació canvia a partir dels noranta i, tant pel que fa a l'envelliment de la població que explica l'increment de la xifra de defuncions com pel que fa a la reducció de les taxes de fecunditat general, la migració passa a ser el factor principal en l'evolució demogràfica de la Unió Europea. Per això, sempre que algú es planteja seriosament el futur, ha de considerar no només desitjable sinó també imprescindible l'existència de fluxos migratoris de certa potència.

La taxa d'envelliment a la Unió Europea dels 28

La taxa d'envelliment (població > = 65 anys / total) de la Unió Europea dels 28 de 2014 se situa en el 18,5%, mig punt percentual per sobre de la de l'Estat espanyol.

Gràfic 11 | % Pob. 65 anys i més, Unió Europea 28 i països de l'entorn, 2014



Font: Eurostat

Els països més envellits serien, en aquest ordre, Itàlia, Alemanya i Grècia, que presenten una població de la tercera edat que supera el 20%.

Turquia, que no forma part de la Unió, però que es considera part de l'entorn geopolític, presenta unes taxes extremadament baixes amb només un 7,7%. Irlanda, que sí que en forma part, presenta una taxa també prou baixa, un poc per sobre del 12%. En aquest cas, caldria cercar l'explicació en un comportament marcadament natalista, que encara manté unes xifres superiors a la d'altres països.

Un aspecte estructural, que no es pot obviar i que és molt important a l'Estat espanyol i particularment a les Illes Balears, és la presència de persones procedents d'altres indrets. I, per això, hem introduït algunes dades que analitzen el volum i les característiques d'aquest col·lectiu tot analitzant principalment la seva relació amb l'envelliment.

2.3. Un aspecte estructural: la importància del col·lectiu de persones de nacionalitat estrangera

Els estrangers: un col·lectiu demogràficament molt significatiu

En primer lloc, convé tenir en compte que el col·lectiu de persones estrangeres residents tant a l'Estat espanyol com a les Illes Balears és molt destacable. Així, segons dades del padró de l'1 de juliol de 2015, al conjunt de l'Estat hi havia 4.426.811 persones estrangeres, cosa que suposava el 9,5% del total de la població de l'Estat.

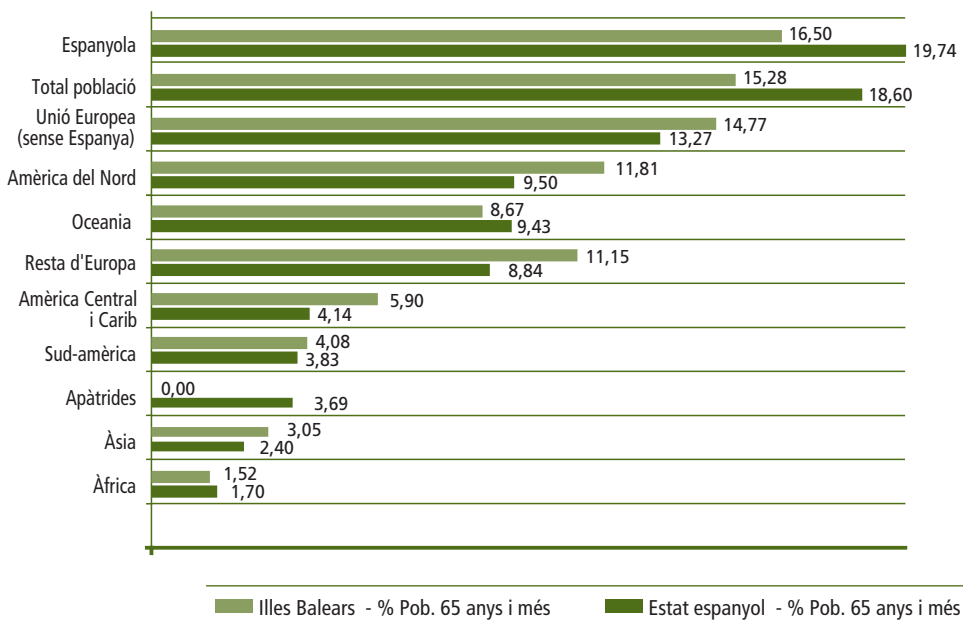
D'altra banda, a les Illes Balears, s'arribava a les 214.188 persones, cosa que suposa prop del 19% (18,97%) de la població de l'arxipèlag. Si fa no fa, una de cada cinc persones té nacionalitat estrangera a les Illes Balears i això ens situa en un lloc capdavanter en la proporció de residents estrangers.

El pes de la població de la tercera edat en el col·lectiu resident estranger

El pes de la població de la tercera edat en el col·lectiu resident estranger és prou important, tot i que les xifres són molt inferiors als percentatges generals de la població. El motiu és fàcil d'entendre: una bona part dels fluxos immigrants són de població laboral jove que conviurà amb fluxos de població anteriors, de tipus laboral o bé purament residencial.

A l'Estat espanyol hi ha 344.963 residents amb nacionalitat estrangera de 65 anys i més, la qual cosa és el 7,79% del total d'estrangers residents. D'altra banda, a les Illes Balears, aquestes xifres són de 21.621 i el 10,09%, respectivament. Cal recordar que les Illes Balears acullen un important col·lectiu residencial europeu de la tercera edat, que explica que la taxa sigui superior a la mitjana.

Gràfic 12 | *Pes de la tercera edat segons la nacionalitat, Estat espanyol i Illes Balears, 1 de juliol de 2015*



Font: Padró continu, 1 de juliol de 2015. Institut Nacional d'Estadística (INE)

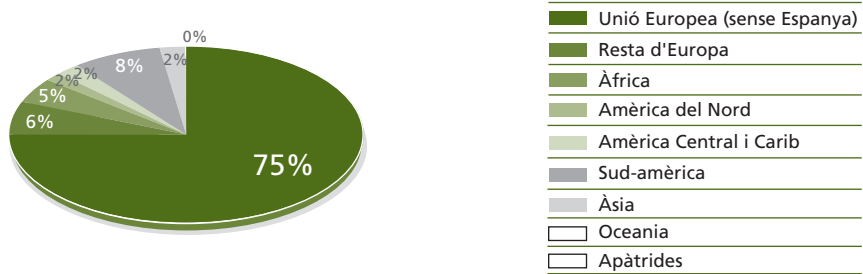
El pes del col·lectiu de la tercera edat en els grups de nacionalitats considerades

Trobem la resposta al gràfic adjunt. Podem dir que, a grans trets, es dibuixen dos col·lectius estrangers, quant a la tercera edat. Un col·lectiu amb un important component de població residencial i que, alhora, també forma part de fluxos migratoris amb una trajectòria llarga que han fet que, per envelliment, la població resident hagi entrat en aquesta categoria, i un col·lectiu de nacionalitat, amb un component estructural de membres de la tercera edat més reduït, caracteritzat per població fonamentalment jove en edat laboral i amb una implantació històrica més baixa.

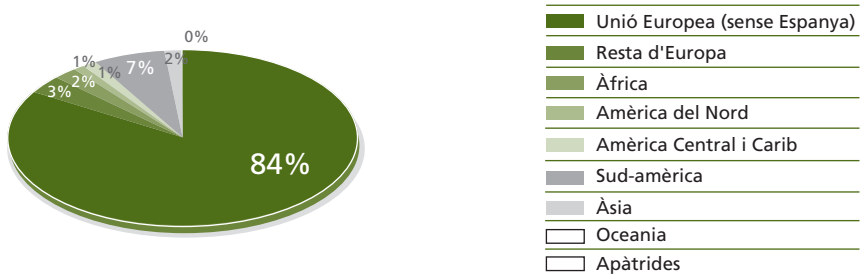
En el primer grup, hi podríem situar els col·lectius de nacionalitats europees i d'Amèrica del Nord. En el segon grup, hi podríem situar la resta de nacionalitats en què les persones de la tercera edat, moltes vegades població acompanyant, és un grup molt minso. Destaquen els valors baixíssims de la població de gent gran de nacionalitat africana.

A les Illes Balears, els col·lectius del primer grup assoleixen un percentatge més elevat que la mitjana europea, per causes residencials (clima, paisatge, bones connexions aeroportuàries amb Europa, seguretat ciutadana...).

Gràfic 13 | *Població estrangera de 65 anys i més segons la nacionalitat, Estat espanyol. 01/07/2015*

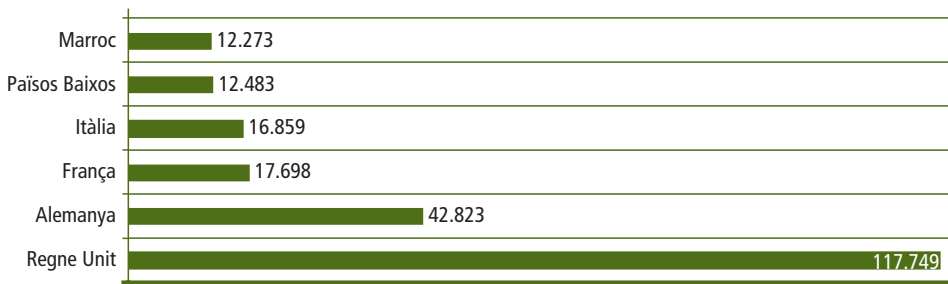


Gràfic 14 | *Població estrangera de 65 anys i més segons la nacionalitat, Illes Balears. 01/07/2015*



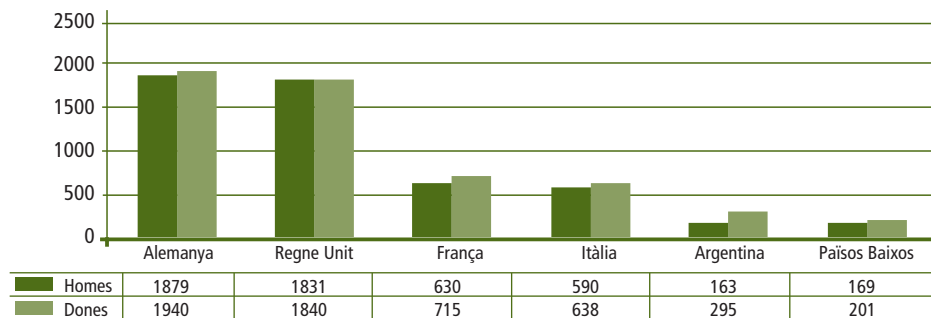
Font: Padró Continu de Població. Institut Nacional d'Estadística (INE)

Gràfic 15 | *Principals nacionalitats per població estrangera resident de 65 anys i més, Estat espanyol. 1 de juliol de 2015*



Font: Dades de Padró Continu d'Habitants, 1 de juliol de 2015. Institut Nacional d'Estadística (INE)

Gràfic 16 | *Principals nacionalitats per població estrangera de 65 anys i més resident a les Illes Balears. 01/01/2016*



Font: Padró Continu d'Habitants, 1 de gener de 2016. Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Els principals països per residents de 65 anys i més a l'Estat espanyol i a les Illes Balears

Pel que fa a l'Estat espanyol, destaca la potència del col·lectiu resident de la tercera edat de Gran Bretanya, que s'acostava als 118.000 residents l'1 de juliol de 2015. Alemanya se situa en segona posició, però amb uns valors gairebé 4 vegades inferiors (no arriben als 43.000) i a molta més distància ja trobem els residents de França, Itàlia, els Països Baixos i el Marroc.

Les Illes Balears mostren una estructura quant a residents de la tercera edat bastant distinta. D'una banda, són els alemanys els que ocupen la primera posició, amb prop de 3.800 residents i, en segona posició, amb uns valors de residents propers, els ciutadans de la Gran Bretanya (prop de 3.600). França, amb 1.345 residents, i Itàlia, amb 1.228, formen un segon grup per potència demogràfica i, a molta distància, hi ha els argentins i els ciutadans dels Països Baixos, amb xifres de menys de 500 residents.

Pel que fa a les Illes Balears, hem inclòs la variable sexe i podem comprovar que hi ha, en tots els casos considerats, un cert predomini de les dones sobre els homes.

3. Longevitat i estat de salut

Una de les principals tendències actuals que presenta la demografia mundial és un increment important i sostingut dels anys que, per terme mitjà, viuen les persones. Aquesta tendència ja té una llarga trajectòria en els països desenvolupats i a l'arxipèlag balear. Des d'un punt de vista demogràfic, l'increment de la longevitat mitjana de la població, juntament amb la reducció de la taxa de fecunditat, és el factor determinant per a l'envelliment de la població.

L'esperança de vida és en realitat un càlcul de probabilitat de defunció i, de fet, si en cerqueu informació, heu d'acudir a l'epígraf de taules de mortalitat. No vull dir que no m'agradi aquest nom, ans al contrari, crec que és molt encertat i converteix en positiu un fet sobre el qual, malgrat que tothom sap del cert que algun dia ens afectarà de manera personal, ens estimem més, segurament de manera molt equívoca, no pensar-hi.

Hem de convenir, en tot cas, que l'augment de l'esperança de vida és un èxit social que ha permès que moltes persones visquin cada cop més temps i, el què és més important, més temps amb bona salut. Hi ha molts factors que permeten que les persones visquin més temps i amb una qualitat de vida més bona, com ara els avenços científics i mèdics, la prestació pública d'uns serveis sanitaris de gran qualitat, l'increment de la cultura (higiene, hàbits saludables...), millores en l'alimentació (tot i que, actualment es produeixen també dietes poc saludables i un increment destacable del sobrepès i l'obesitat), la pràctica de l'esport i l'activitat física, així com una concepció de la vellesa més activa, participativa i dinàmica que fa que en cap moment s'abandonin els projectes de futur.

Faltaríem a la veritat, però, si no poséssim en relleu que l'increment de la població dependent a la nostra societat, particularment en les edats superiors de la piràmide, i la constatació que aquest fenomen serà més intens a curt i mitjà termini, introdueix importants preocupacions als planificadors, els polítics i els analistes. Tots sabem que hi ha una relació directa entre edat i consum de recursos públics. Així, per posar només un exemple, en el camp sanitari és evident que amb l'edat s'incrementen les visites d'atenció primària, els ingressos d'atenció especialitzada i el consum de productes farmacèutics. Les prestacions assistencials requerides són nombroses i de cost elevat. Les necessitats de suport s'incrementen amb el pas del temps.

Tampoc no ens podem oblidar d'un element primordial per a aquest col·lectiu: les pensions. Els jubilats reben la seva pensió, en bona mesura gràcies dels doblers recaptats dels treballadors en actiu però, mentre que els primers augmenten de manera ràpida i sostinguda, els segons depenen dels condicionants econòmics generals i, en un moment com l'actual, sembla que el sistema presenta unes perspectives que, certament, no conviden a l'optimisme.

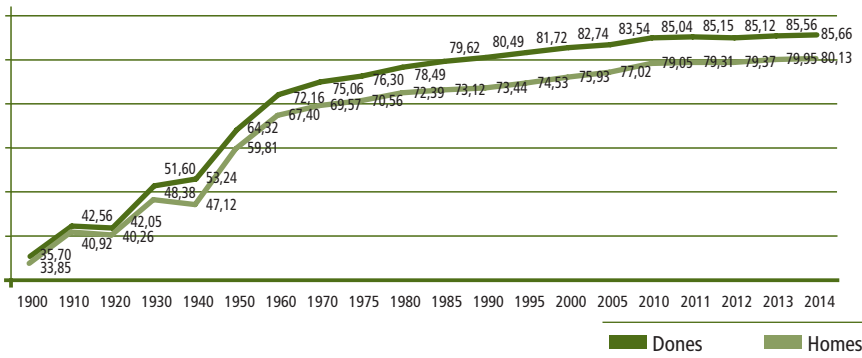
3.1. L'esperança de vida

L'increment impressionant de l'esperança de vida a l'Estat espanyol

L'increment de l'esperança de vida és un dels principals trets de la dinàmica demogràfica actual. El creixement de la longevitat mitjana de la població ha estat espectacular durant el segle XX i, com sabem, encara manté una línia ascendent. A començaments de segle, l'esperança de vida dels homes no arribava als 34 anys i la de les dones era només

uns 2 anys superior, no arribava als 36 anys. Les darreres xifres disponibles són de 2014 i han crescut fins a assolir valors de 80,13 anys per als homes i de 85,66 anys per a les dones. Un increment destacadíssim i, fins i tot a escala humana, considerablement ràpid.

Gràfic 17 | Esperança de vida 1900-2014 per sexe, Estat espanyol



Font: Anuari estadístic d'Espanya. 1998. INE per a les dades 1900-1970 i taules de mortalitat - INE Base per a 1975-2014

L'increment de l'esperança de vida és conseqüència del descens de la mortalitat en general i, particularment, de la mortalitat infantil. Els avenços generals de la societat en termes científics i tecnològics, econòmics, culturals i socials en són la causa.

Tot i això, no hem d'oblidar mai que l'espècie humana té, com totes les espècies, un límit biològic que, molt difícilment es podrà ultrapassar. En un article anterior, comentàrem que la línia dels 90 anys d'esperança de vida semblava una potent asímptota per a l'esperança de vida humana, però el cert és que hi ha individus que no només superen aquest valor sinó, fins i tot, el dels 100 anys. He cercat la xifra de persones de més de 100 anys a 1 de juliol de 2015 i m'ha sorprès comprovar que hi havia 15.941 persones que tenien 100 anys o més a l'Estat, de les quals 12.322 eren dones. I que superessin els 110 n'hi havia 410!, 276 de les quals eren dones.

L'esperança de vida a les Illes Balears

Els valors que presenta l'esperança de vida a les Illes Balears són molt similars als de la mitjana estatal. Segons les dades de l'IBESTAT per al 2014, superen els 80 anys pel que fa als homes i els 85 pel que fa a les dones.

Entre illes podem trobar algunes diferències. Així, les xifres més altes d'esperança de vida es registren a Menorca, on tant homes (81,76 anys) com dones (85,84 anys)

assoleixen els valors més alts. Ara bé, les diferències insulars pel que fa a l'esperança de vida femenina són poc importants. En tots els casos superen els 85 anys de longevitat esperada. Contràriament, entre els homes de Menorca i de Mallorca hi ha més de dos anys de diferència.

Taula 3 | *Població total i per determinats grups d'edat, Illes Balears. Padró 2015*

	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
Total població	1.104.479	859.289	92.348	140.964	11.878
65 anys i més	166.592	133.659	14.886	16.561	1.486
% 65 anys i més sobre el total de la població	15,08	15,55	16,12	11,75	12,51
65 i 79 anys	119.464	95.115	11.005	12.206	1.138
% 65 - 79 anys sobre el total de la població	10,82	11,07	11,92	8,66	9,58
80 i més anys	47.128	38.544	3.881	4.355	348
% 80 anys i més sobre el total de la població	4,27	4,49	4,20	3,09	2,93
65-69	50.803	39.997	4.711	5.608	487
70-74	39.414	31.750	3.492	3.805	367
75-79	29.247	23.368	2.802	2.793	284
80-84	24.521	20.002	2.023	2.307	189
85 o més	22.607	18.542	1.858	2.048	159

Font: Dades del padró. Institut d'Estadística de les Illes Balears. IBESTAT

Quant a la població de 100 anys o més, l'1 de gener de 2015, d'acord amb les dades consultades a l'IBESTAT a les Illes Balears hi havia 202 persones de 100 anys i més, 162 de les quals eren dones. I de 110 o més només n'hi havia 4, totes dones. Concretament, 2 de 110, 1 de 111 i 1 de 112.

Si comparem l'esperança de vida de l'Estat espanyol i la de les Illes Balears amb les dades dels països del nostre entorn, arribarem a les conclusions següents:

- Els darrers informes de l'Organització Mundial de Salut situen l'Estat espanyol i, per tant, també les Illes Balears, com un dels llocs amb més esperança de vida de tot el món, només per davall d'alguns països com el Japó o Singapur. Els càlculs d'aquest organisme situarien l'esperança de vida de les dones espanyoles en 85,5 anys i ocuparien el tercer lloc mundial, mentre que els homes, amb una longevitat mitjana de 80,1 ocuparien la novena plaça mundial.

- L'OMS, així mateix, destaca que entre 2000 i 2015 s'ha produït un important increment de l'esperança de vida global, sobretot per l'atenció a la infància, el control de la malària i els tractaments contra la SIDA a l'Àfrica.
- Tot i això, hi ha grandíssimes diferències per continents i per països. Mentre que l'esperança de vida de l'Àfrica ha pujat fins als 60 anys, hi ha 29 països al món que superen la barrera mitjana dels 80.
- L'esperança de vida mundial se situaria en els 71,4 anys. Les dones viuen més temps i en més bones condicions, de mitjana 64,6 anys de vida amb bona salut, mentre que els homes en viuen 61,5.
- Pel que fa als països europeus del nostre entorn, podeu comparar a la taula de dades adjunta que les dades de l'Estat espanyol (i les de les Illes Balears) no només se situen per sobre de la mitjana, sinó que ocupen les posicions capdavanteres en el cas de les dones. En el cas dels homes, però, són superades per uns quants països, com Liechtenstein, Suïssa, Islàndia i Itàlia, fins i tot Suècia, si considerem el càlcul de l'INE. Hem de tenir present, però, que de vegades els distints organismes estadístics porten a terme algun càlcul propi i per això trobareu alguna petita diferència amb les dades d'una mateixa àrea. Sigui com sigui, les diferències són decimals.

Taula 4 | *Esperança de vida en néixer i als 65 anys.
Països de l'Europa dels 28 i de l'entorn*

	Esperança de vida en néixer		Esperança de vida als 65 anys	
	Homes	Dones	Homes	Dones
EU-28 (1)(?)	77,8	83,3	17,9	21,3
Belgium (1)	78,1	83,2	17,8	21,4
Bulgaria	71,3	78,6	14,2	17,9
Czech Republic	75,2	81,3	15,7	19,3
Denmark	78,3	82,4	17,7	20,4
Germany	78,6	83,2	18,2	21,1
Estonia	72,8	81,7	15,2	20,3
Ireland	79,0	83,1	18,1	20,8
Greece	78,7	84,0	18,7	21,6
Spain	80,2	86,1	19,2	23,4
France	79,0	85,6	19,3	23,6
Croatia	74,5	81,0	15,3	19,1
Italy	80,3	85,2	18,9	22,6
Cyprus	80,1	85,0	18,6	21,6

continua

	Esperança de vida en néixer		Esperança de vida als 65 anys	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Latvia	69,3	78,9	13,9	18,6
Lithuania	68,5	79,6	14,1	19,2
Luxembourg (²)	79,8	83,9	19,1	21,9
Hungary (²)	72,2	79,1	14,5	18,4
Malta (³)	79,6	84,0	18,4	21,4
Netherlands	79,5	83,2	18,2	21,2
Austria	78,6	83,8	18,2	21,5
Poland (³)(⁴)	73,0	81,2	15,5	19,9
Portugal	77,6	84,0	17,8	21,6
Romania	71,6	78,7	14,7	18,1
Slovenia (³)	77,2	83,6	17,2	21,4
Slovakia	72,9	80,1	14,7	18,8
Finland	78,0	84,1	18,0	21,8
Sweden	80,2	83,8	18,8	21,3
United Kingdom	79,2	82,9	18,6	20,9
Iceland	80,5	83,7	18,8	21,2
Liechtenstein	80,7	83,9	18,9	22,0
Norway	79,8	83,8	18,5	21,4
Switzerland (¹)	80,7	85,0	19,4	22,4
Montenegro	74,1	79,0	15,0	17,5
FYR of Macedonia	73,4	77,5	14,4	16,4
Serbia (¹)	72,6	77,9	14,3	16,9
Turkey	75,4	81,1	16,3	19,8

(¹) 2011: Ruptura en la sèrie.

(²) 2012: Ruptura en la sèrie.

(³) 2010: Ruptura en la sèrie.

(⁴) 2000: Ruptura en la sèrie.

Font: Eurostat

L'esperança de vida als 65 anys

Habitualment s'ofereixen els càlculs de l'esperança de vida als 65 anys perquè aquesta és l'edat (almenys ho havia estat fins ara) d'inici del període de jubilació en la legislació de molts països i això, com sabem, comporta tota una sèrie de canvis: consideració de classes econòmicament inactiva, percepció de pensió... i, per tant, és evident l'interès de subministrar informació en aquest sentit que pot ser útil per a planificadors, tècnics i persones que hi estan interessades en general. I així ho hem fet en algunes de les taules i gràfics que incloem en aquest article.

Aquesta taxa també presenta una tendència creixent i això determina que l'acumulació d'efectius en edats més avançades sigui un procés constant i destacat.

Si considerem l'esperança de vida als 65 anys, d'acord amb les dades de les Illes Balears de 2014, la població que arriba a aquesta edat podria esperar viure prop de 86 anys, edat que supera la barrera dels 84 anys per als homes i s'acosta a la de 87,5 anys per a les dones.

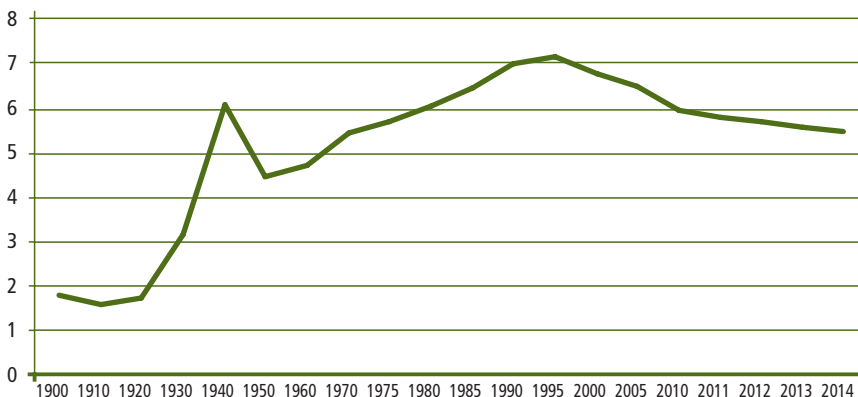
Les diferències per sexe en l'esperança de vida: la feminització de la vellesa i la bretxa de gènere

Parlarem breument sobre aquests conceptes: la feminització de la vellesa és un fenomen demogràfic que es produeix en les edats més avançades de la població en què, per sobremortalitat masculina (o per una esperança de vida femenina més alta, com preferiu), s'acumulen progressivament molts més efectius femenins que masculins. Així, la ràtio dones/homes, o taxa de feminitat, augmenta progressivament fins a esdevenir molt destacada en edats avançades.

La bretxa de gènere és un concepte molt utilitzat actualment per descriure les diferències que es detecten, en relació amb el sexe dels agents, quan s'analitza qualsevol aspecte de la quotidianitat. Es pot aplicar a una taxa demogràfica o bé a una determinada activitat, com l'ús dels ordinadors.

A l'Anuari de l'envelliment de 2011 trobareu, si hi esteu interessats, un article sobre el sobreenvelliment femení a les Illes Balears.

Gràfic 18 | *Bretxa de gènere en l'esperança de vida, 1900-2014, per sexe, Estat espanyol*



Les perspectives de futur sobre l'esperança de vida

Les projeccions de futur a llarg termini dutes a terme per l'INE mostren, d'una banda, un important increment en l'esperança de vida.

Així, el 2063 l'esperança de vida dels homes se situaria prop de 91 anys, amb un increment de quasi d'11 anys en aquesta taxa, i l'esperança de vida de les dones superaria els 94 anys, que augmenta la taxa actual amb més de 8,6 anys.

Sembla que la bretxa de gènere en aquesta magnitud s'aniria reduint, mentre que l'esperança de vida i la longevitat de l'espècie humana es van aproximant.

Taula 5 | *Esperança de vida en néixer i esperança de vida als 65 anys, Estat espanyol, 2014-2063*

Any	Esperança de vida en néixer		Bretxa de gènere	Esperança de vida als 65 anys		Bretxa de gènere
	Homes	Dones	Esp. en néixer	Homes	Dones	Esp. 65 anys
2014	80,027	85,659	5,63	18,998	22,958	3,96
2023	82,492	87,508	5,02	20,664	24,570	3,91
2033	84,939	89,438	4,50	22,475	26,295	3,82
2043	87,146	91,224	4,08	24,214	27,920	3,71
2053	89,145	92,853	3,71	25,852	29,418	3,57
2063	90,948	94,316	3,37	27,367	30,773	3,41
Increment 2063/2014	10,921	8,656		8,369	7,815	

Font: Projeccions de població Institut Nacional d'Estadística (INE)

3.2. Morbiditat hospitalària, indicador de salut

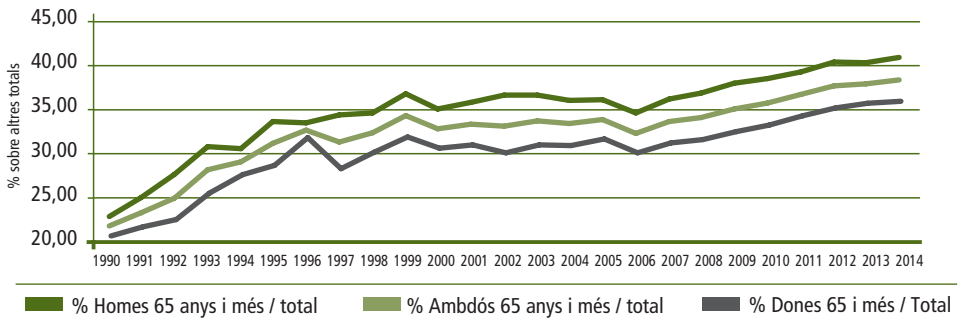
Un indicador de salut que pot ser interessant és la morbiditat hospitalària, és a dir, el nombre d'altres hospitalàries perquè, tenint en compte les causes i les variables d'edat i sexe, ens permeten establir algunes conclusions ben interessants, referides a les Illes Balears:

- L'evolució dels registres històrics ens mostren que les altes de pacients de la tercera edat han augmentat de manera considerable en els darrers decennis, en detriment de les altes dels grups més joves. Aquest augment és fàcilment explicable per l'increment de la magnitud del col·lectiu (envelliment de la població) i la correlació entre problemes de salut i edat.

Les altes de la població de 65 anys i més sobre el total, l'any 1999, no arribaven al 22%, mentre que el 2014 s'acostaven al 40% (38,27%).

Per sexes, cal destacar la importància de les altes de població de 65 anys i més en el sexe masculí, que s'acosten al 41% de les d'aquest sexe. D'altra banda, pel que fa al sexe femení, que també ha incrementat el pes total sobre les altes, no supera el 36%.

Gràfic 19 | *Evolució altes de la població de 65 anys i més sobre el total, per sexe, 1990-2014, Illes Balears*



Font: Enquesta de morbiditat hospitalària. Institut d'Estadística de les illes Balears (IBESTAT)

- Hi ha una correlació perfecta, llevat dels primers anys de vida en què la mitjana d'hospitalització és elevada, entre edat i estada mitjana d'hospitalització. Això confirma la creixent complexitat dels problemes de salut a mesura que augmenta l'edat dels pacients. D'altra banda, té una important transcendència en el nombre total d'estades hospitalàries.
- Un indicador molt important per valorar el consum de recursos hospitalaris d'acord amb una variable considerada, en aquest cas l'edat, és el total d'estades hospitalàries, ja que assenyalada de manera molt precisa el consum del recurs. Així, el 2014, a les Illes Balears, les estades hospitalàries de la població de 65 anys i més superaren la meitat de les estades (51% del total). I aquesta situació es dona en ambdós sexes (homes, 51,36% i dones, 50,79%).
- En definitiva, podem afirmar que la població de la tercera edat s'ha convertit en la principal consumidora de recursos hospitalaris.
- Pel que fa a les causes d'ingrés hospitalari de 2014 a les Illes Balears, cal indicar que, del total de les altes de la població de 65 anys i més, les malalties del sistema circulatori (18,73%), les malalties del sistema respiratori (16,10%) i les lesions i els enverinaments (11,02%) són els grups de causes més freqüents d'ingrés i posterior altra hospitalària.
- Després, i a certa distància, hi trobem els símptomes, els signes i les troballes anormals clínics i de laboratori (8,39%), les neoplàsies (8,37%) i les malalties del sistema osteomuscular i del teixit conjuntiu (7,6%).

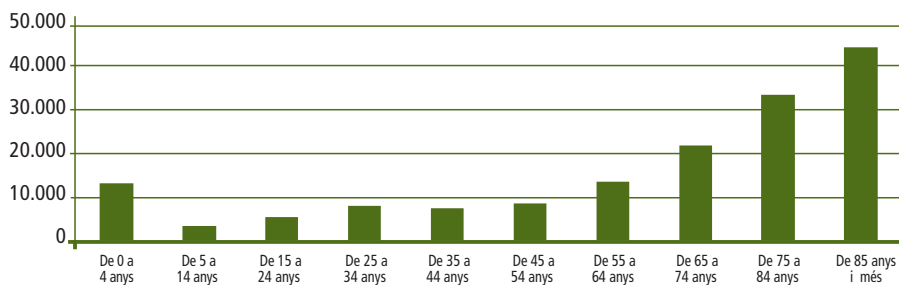
Taula 6 | Altes, dies d'estada i estada mitjana per grups d'edat i sexe. Illes Balears, 2014

	Ambdós sexes			Home			Dona		
	Nombre d'altes	Dies d'estada	Estada mitjana	Nombre d'altes	Dies d'estada	Estada mitjana	Nombre d'altes	Dies d'estada	Estada mitjana
Total	123621	682864	5,5	58257	342503	5,9	65364	340361	5,2
Menors d'1 any	3703	22582	6,1	2083	12456	6	1620	10126	6,3
D'1 a 4 anys	3808	9903	2,6	2139	5492	2,6	1669	4411	2,6
De 5 a 14 anys	3913	10304	2,6	2191	5477	2,5	1723	4827	2,8
De 15 a 24 anys	6010	22561	3,8	2346	9080	3,9	3664	13481	3,7
De 25 a 34 anys	13593	47226	3,5	3507	14575	4,2	10086	32652	3,2
De 35 a 44 anys	14875	60622	4,1	5673	27157	4,8	9202	33466	3,6
De 45 a 54 anys	14055	70557	5	7372	38462	5,2	6683	32095	4,8
De 55 a 64 anys	16350	90310	5,5	9161	53884	5,9	7189	36425	5,1
Total 65 i més anys	47314	348798	7,4	23785	175919	7,40	23529	172879	7,3
De 65 a 74 anys	19224	122518	6,4	10773	70861	6,6	8451	51657	6,1
De 75 a 84 anys	18309	142428	7,8	9242	72752	7,9	9067	69676	7,7
De 85 a 89 anys	6133	52326	8,5	2572	21995	8,6	3561	30331	8,5
De 90 a 94 anys	2925	25510	8,7	1012	8590	8,5	1913	16920	8,8
De 95 anys i més	723	6016	8,3	186	1721	9,3	537	4295	8
Indicadors *	38,27	51,08	1,9	40,83	51,36	1,50	36,00	50,79	2,15

* Pes percentual sobre el total, en el cas del nombre d'altes i els dies d'estada i diferència entre l'estada mitjana de la població de 65 i més anys i la mitjana global d'hospitalització.

Font: Institut Balear estadística i indicadors elaboració pròpia

Gràfic 20 | *Altes hospitalàries per grups d'edat, 2014, Illes Balears (taxes 100.000 hab.)*



Font: Enquesta de morbiditat hospitalària. Institut d'Estadística de les illes Balears (IBESTAT)

La morbiditat hospitalària en relació amb el sexe i l'edat

Dades generals

En general, les taxes de morbiditat hospitalària són més altes en els homes que en les dones.

Només entre les edats compreses entre 15 i 44 anys, en què es produeixen els processos d'embaràs i part, natural o bé mitjançant tècniques de reproducció assistida, les taxes de morbiditat hospitalària femenina superen les masculines.

Després dels 45 anys les taxes masculines novament superen les femenines i sobretot, a partir dels 55 anys, s'aprecia una forta i creixent intensificació en la morbiditat hospitalària masculina.

La incidència dels grups de malalties per sexe en la tercera edat

Per valorar la incidència, ens hem basat en les estades hospitalàries que entenem que reflecteixen el consum real de recursos sanitaris especialitzats amb més precisió que altres indicadors i, per destacar el pes del sexe per grup de malaltia, hem calculat la taxa per 100.000 persones de cada sexe corresponent.

El consum de recursos especialitzats (hospitalització), analitzant les estades, és superior en el sexe masculí en gairebé tots els grups de malalties. Només en quatre grups destaca la incidència de les patologies femenines, quant a consum de recursos hospitalaris: el grup de lesions i intoxicacions, en bona part per fractures i altres patologies derivades dels processos d'envelliment; el grup de malalties del sistema musculoesquelètic i el teixit connectiu; el

grup de malalties nutricionals i metabòliques i el grup de malalties de la pell i el teixit subcutani. Els grups de malalties de la sang i anomalies congènites no són gaire significats en les estades hospitalàries generades i generen algunes estades més en les dones, però, si calculem la taxa per persones del mateix sexe, aquesta diferència no hi apareix.

Entre els homes les patologies que més consum de recursos hospitalaris generen són les malalties de l'aparell circulatori en primer lloc i de l'aparell respiratori en segon. Un segon grup el constituïria, per incidència i estades generades, les neoplàsies i les malalties de l'aparell digestiu.

Entre les dones les patologies principals, quant al consum de recursos hospitalaris mesurats en estades, són les malalties de l'aparell circulatori i l'aparell respiratori, però com a tercera causa hi apareixen les lesions i intoxicacions (amb una incidència molt superior a la masculina) i en quart lloc, les malalties de l'aparell digestiu. Les neoplàsies ocuparien la cinquena posició.

3.3. Les defuncions: anàlisi per causa, edat i sexe

La primera afirmació que volem fer és que hi ha una relació directa entre l'edat i la probabilitat de morir. Si deixem de banda el primer any de vida, en què de vegades es produeixen algunes defuncions per problemes perinatals i congènits, les probabilitats baixen de manera molt destacada amb posterioritat i s'incrementen geomètricament amb l'edat. Així, prop del 83% de les defuncions produïdes el 2014 ho foren de persones de 65 anys i més, mentre que aquesta xifra baixa espectacularment amb l'edat, i arriba a suposar el 13,6% en la franja d'edat de 45 a 64 anys, només el 2,65% entre 25 i 44 anys i arriba al mínim percentual en els grups considerats entre 16 i 24 anys, amb un 0,24%. El grup de persones de menys de 16 anys assolí el 0,56% restant.

Les defuncions presenten un perfil lligat a l'edat i el sexe. I, naturalment, atès l'increment de l'esperança de vida, augmenten les defuncions de persones de més edat i prenen, per tant, protagonisme com a causa de defunció aquelles patologies i problemes de salut lligats a la decadència física. El comentari de les causes de defunció per edat l'hem fet a partir de les taules de defunció de 2014 de l'IBESTAT.

Causes principals de defunció segons els grups de malalties i l'edat

Per grups d'edat, destaquen, com a causes de defunció, els grups de malalties següents:

Entre els menors de 16 anys, les principals causes de defunció són les infeccions perinatals, les malformacions congènites i les anomalies cromosòmiques, que solen actuar moltes vegades en els primers anys de la vida, i les causes externes, que coincideixen amb l'inici de la motorització, que se sol produir als 14 anys i que afecta més la població masculina.

Taula 7 | Defuncions per grans grups d'edat i principals grups de causa de defunció, per illes, 2014

	Defuncions registrades				% sobre el total general i sobre el grup d'edat			
	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera
Menys de 16 anys	44	39	1	4	0,56	0,61	0,16	0,51
Total més freqüents: menys de 16 anys	32	28	0	4	72,73	71,79	0,00	100,00
Menys de 16 anys: XVI Afeccions perinatals	17	16	0	1	38,64	41,03	0,00	25,00
Menys de 16 anys: XVII Malformació congènita i anomalia cromosòmica	7	6	0	1	15,91	15,38	0,00	25,00
Menys de 16 anys: XX Causes externes	8	6	0	2	18,18	15,38	0,00	50,00
16-24 anys	19	16	1	2	0,24	0,25	0,16	0,25
Total més freqüents: 16-24 anys	11	8	1	2	57,89	50,00	100,00	100,00
16 - 24 anys: XX Causes externes	11	8	1	2	57,89	50,00	100,00	100,00
25-44 anys	208	153	21	34	2,65	2,37	3,44	4,29
Total més freqüents: 25 - 44 anys	155	113	16	26	74,52	73,86	76,19	76,47
25-44 anys: II Tumors	42	33	6	3	20,19	21,57	28,57	8,82
25-44 anys: IX Malalties del sistema circulatori	28	19	4	5	13,46	12,42	19,05	14,71
25-44 anys: XX Causes externes	85	61	6	18	40,87	39,87	28,57	52,94
45-64 anys	1069	871	69	129	13,62	13,52	11,29	16,29
Total més freqüents: 45-64 anys	722	595	40	87	67,54	68,31	57,97	67,44
45-64 anys: II Tumors	536	441	28	67	50,14	50,63	40,58	51,94
45-64 anys: IX Malalties del sistema circulatori	186	154	12	20	17,40	17,68	17,39	15,50
65 o més anys	6507	5365	519	623	82,92	83,26	84,94	78,66
Total més freqüents: 65 anys o més	4312	3565	331	416	66,27	66,45	63,78	66,77
65 anys o més: II Tumors	1531	1257	126	148	23,53	23,43	24,28	23,76
65 anys o més: IX Malalties del sistema circulatori	2072	1718	161	193	31,84	32,02	31,02	30,98
65 anys o més: X Malalties del sistema respiratori	709	590	44	75	10,90	11,00	8,48	12,04

Font: Institut Balear d'Estadística i elaboració personal

Entre els 16 i els 24 anys, com a causa, té un protagonisme gairebé absolut la motorització, atès que en edats tan primerenques no s'han manifestat, generalment, problemes degeneratius que poden conduir a la mort.

Entre els 25 i els 44 anys, les causes externes continuen sent les causes de defunció més importants, però els tumors, un dels principals botxins dels humans, comencen a fer acte de presència de manera destacada, una presència que trobarem ja de manera constant al llarg de la piràmide d'edat, ja que es relaciona fortament amb l'envelliment, i també, encara que en una mesura més reduïda, les malalties del sistema circulatori.

Entre els 45 i els 64 anys, els tumors passen a ocupar, i de manera ben destacada, el primer lloc de causa de mortalitat, amb la meitat dels òbits, mentre que les malalties del sistema circulatori se situen en segona posició, a distància.

Entre la població de 65 anys i més, que és el grup en què se centra aquest article, la primera causa de mortalitat són les malalties del sistema circulatori, amb pràcticament 1/3 de les defuncions totals, els tumors (amb prop del 25% de les defuncions), i les malalties del sistema respiratori, que representen un 10% de les causes de mortalitat.

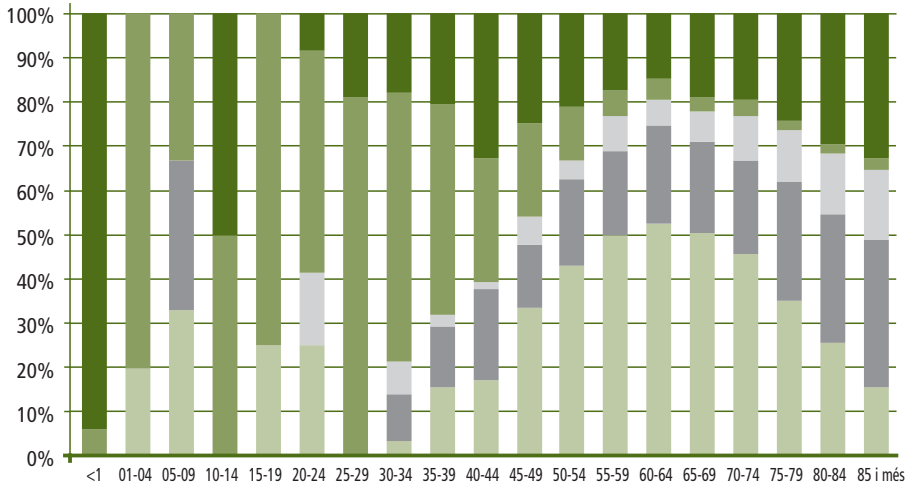
Anàlisi de les principals causes de mortalitat a tres dígits, per sexe

Després d'analitzar les principals causes de mortalitat a tres dígits per sexes, podem dir que:

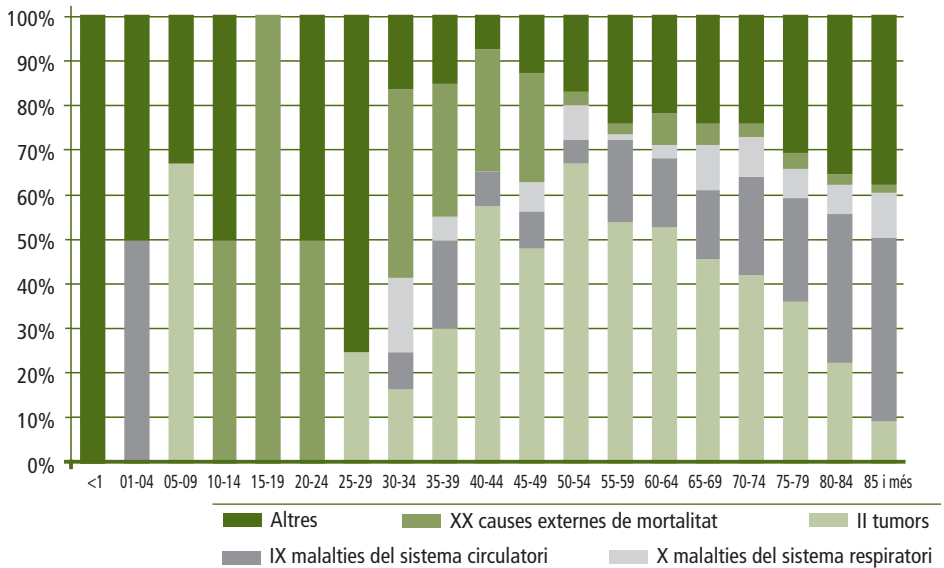
Pel que fa als homes, la primera posició està ocupada per distintes afeccions del sistema circulatori entre les quals hi ha l'infart agut de miocardi, altres malalties isquèmiques del cor, la insuficiència cardíaca i altres malalties del cor. Tot seguit, també és molt important el càncer, sobretot els tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó, que estan molt lligats al tabaquisme, i també el càncer de pròstata i el de còlon i distintes malalties cròniques de les vies respiratòries inferiors.

Pel que fa a les dones, en primer lloc, trobem un conglomerat de problemes circulatoris (insuficiència cardíaca, infarts...), però també trobaríem l'aparició de mortalitat per malalties mentals i del sistema nerviós central, com trastorns mentals senils i presenils, malalties cerebrovasculars, Alzheimer... En aquest cas, la longevitat femenina fa que s'incrementin els processos degeneratius i crònics com a causes de defunció. I alguns tipus de càncer (per exemple, de mama).

Gràfic 21 | Defuncions segons principals grups de defunció i edat, homes, 2014, Illes Balears



Gràfic 22 | Defuncions segons principals grups de defunció i edat, dones, 2014, Illes Balears

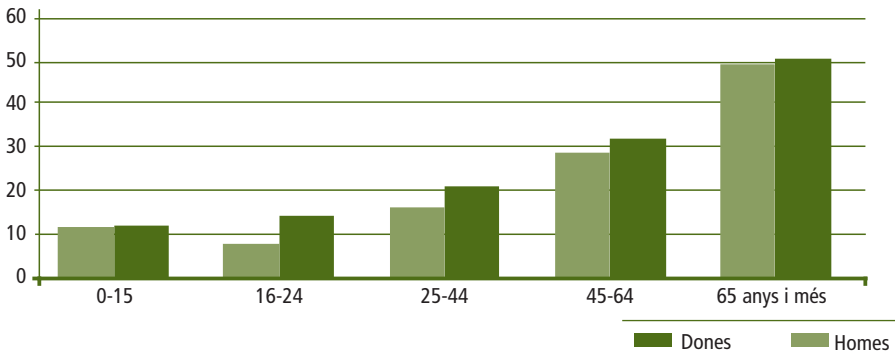


Font: Estadística de defuncions. Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

3.4. La valoració de la pròpia salut

La salut moltes vegades es defineix com una situació d'equilibri entre els aspectes físics, psíquics i socials. Hi intervenen múltiples factors, des de determinades patologies agudes o cròniques, el nivell de renda disponible i la seguretat material, gaudir de companyia i d'un entorn social acollidor. I, en el cas de la vellesa, per descomptat, la personalitat de l'individu, el seu bagatge cultural, la intel·ligència emocional per acceptar els canvis, el deteriorament que sempre acompanya l'envelliment i tot un seguit de factors socials, econòmics i personals de l'entorn on viu.

Gràfic 23 | *Percepció estat de salut regular o dolenta, per sexe i grup d'edat, Illes Balears, 2007*



Font: Enquesta de salut de les Illes Balears, Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

L'enquesta de Salut de les Illes Balears de 2007

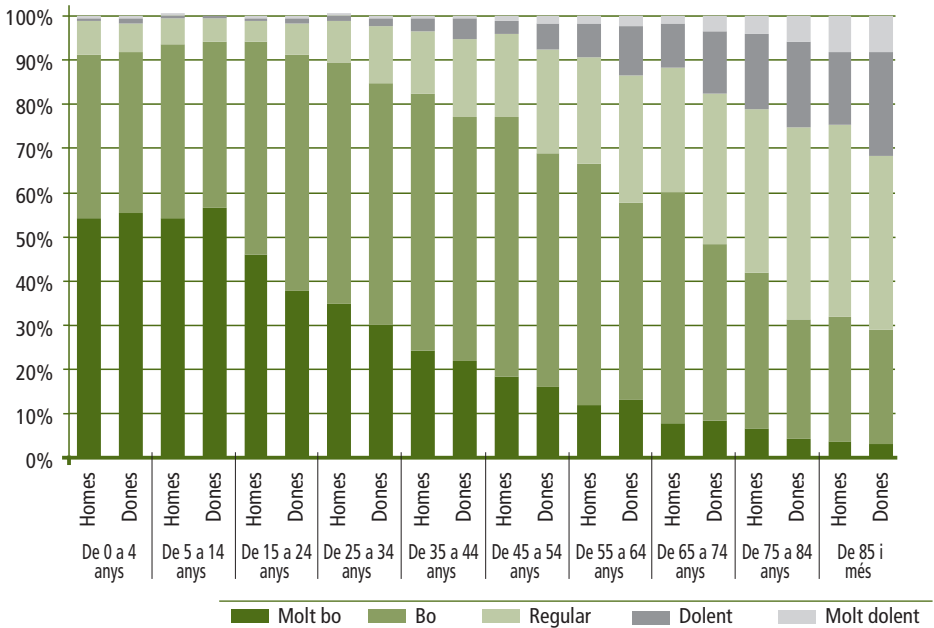
D'acord amb l'Enquesta de Salut de les Illes Balears de 2007, pel que fa al percentatge de persones que valoren el seu estat de salut com a regular o dolent d'acord amb les variables d'edat i sexe, podem afirmar:

- En tots els grups d'edat, les dones manifesten que el seu estat de salut és pitjor que la dels homes del mateix grup d'edat.
- Aquesta valoració s'incrementa amb l'edat i, quan s'arriba al grup de la tercera edat, la població de 65 anys i més que s'inclou entre la població que té un estat de salut regular o dolent se situa entorn del 50%, la qual cosa significa que 1 de cada 2 persones declara que el seu estat de salut és millorable o molt millorable.

L'enquesta estatal de salut 2011-2012

No hem trobat informació desagregada per edat i sexe per a la comunitat autònoma de les Illes Balears, però podem, en certa manera, extrapolar els resultats d'àmbit nacional de l'enquesta de salut de 2011-2012.

Gràfic 24 | Valoració de la salut percebuda per edat i sexe a l'Estat espanyol, 2011- 2012



Font: Enquesta nacional de salut, 2011-2012. Institut Nacional d'Estadística (INE)

Les conclusions són bastants similars a les de l'enquesta de 2007 a les Illes Balears: les valoracions de salut com a molt bona o bona, que són les més freqüents en els primers grups d'edat, van donant lloc progressivament a valoracions més dolentes de l'estat de la pròpia salut, fins que a partir dels 75 anys, les valoracions de l'estat de salut com a regular, dolenta o molt dolenta superen les de bona o molt bona (de fet, en les edats més avançades, molt poca gent considera que la salut és molt bona).

Les dones d'aquest grup d'edat en general també consideren que el seu estat de salut és pitjor que el dels homes del mateix grup d'edat. En edats més joves es produeix un increment en l'autoconsideració de tenir un estat de salut pitjor que el dels homes.

L'enquesta europea de salut de 2014

L'enquesta europea de 2014 també ens permet arribar a algunes conclusions interessants:

- Hi ha una relació directament proporcional entre renda i percepció d'un bon estat de salut.
- Descubrim la mateixa correlació entre percepció de salut i nivell d'estudis.
- La formació i la renda són determinants per cobrir les necessitats materials de les persones de la tercera edat, però un nivell cultural i educatiu alt també pot influir en l'adopció d'hàbits de vida més saludables, en una alimentació més saludable i en una vida més plena i participativa i, en definitiva, introdueix elements objectius i subjectius per aconseguir un estat de salut més bo.
- Malgrat que no ens ofereix dades de les Illes Balears desagregades per edat i sexe, sí que ens ofereix la possibilitat de comparar les dades del conjunt de l'Estat amb les Illes Balears per sexe. D'aquesta taula podem concloure que l'autopercepció de la salut és molt més favorable a les Illes Balears que a la resta de l'Estat. L'autovaloració de la salut com a molt bona a l'arxipèlag és 14 punts superior que la mitjana estatal en el cas dels homes i més de 10 punts superior en el cas de les dones. Els percentatges de bona salut també són prou significatius, mentre que la valoració de la salut com a molt dolenta és molt més baixa a les Illes Balears.

4. Alguns apunts sobre l'economia del col·lectiu de la tercera edat a les Illes Balears

4.1. Les pensions a les Illes Balears

La preparació d'aquest article ha coincidit amb la publicació de GADESO, en el número 73 de la col·lecció de temes socioeconòmics d'un monogràfic que analitza la qüestió de les pensions a les Illes Balears del període 2009-2015. No cal dir que bona part de les dades i les principals conclusions que recollim tot seguit són deutes d'aquesta publicació tan interessant.

El volum de les pensions estatals i la comparació per comunitats autònomes

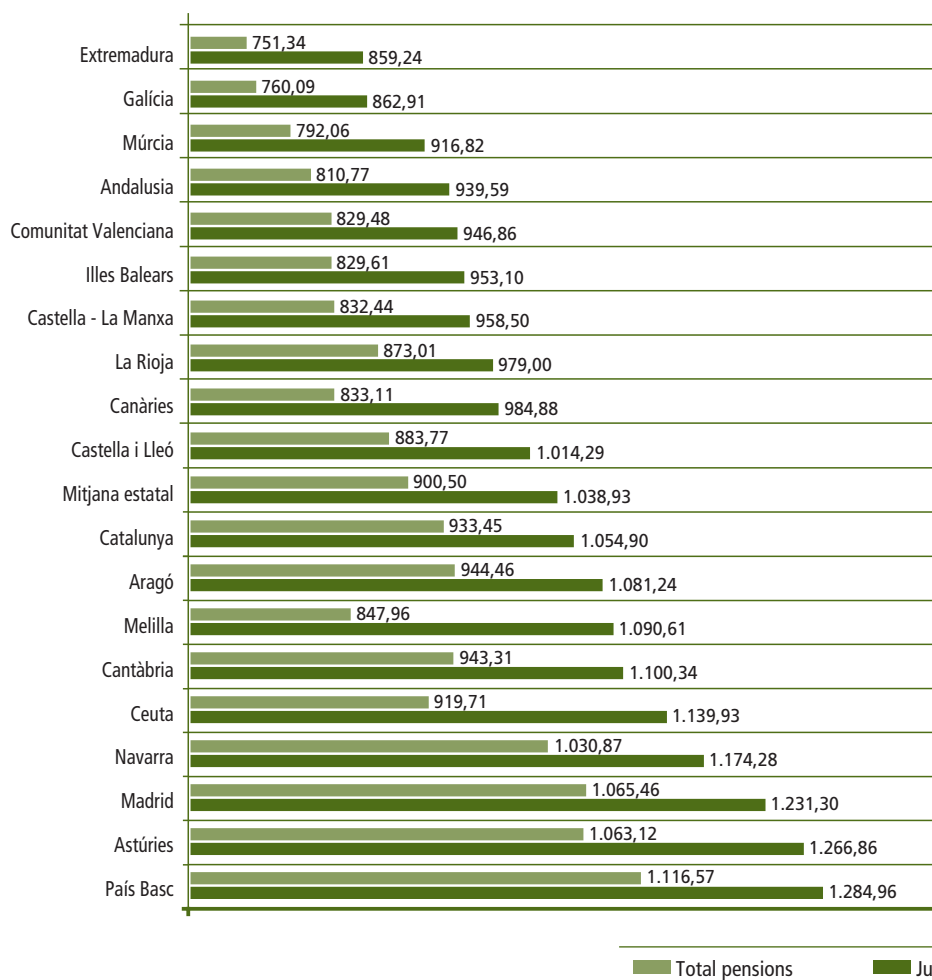
El volum de les pensions, el mes d'abril de 2016 a tot l'Estat, s'apropava als 9,4 milions, amb una prestació mitjana d'uns 900 €.

El principal bloc de pensionistes el constitueixen els jubilats, amb més de 5,7 milions i una prestació mitjana d'aproximadament 1.000 €.

En la segona posició, per nombre de beneficiaris, hi ha les pensions de viudetat, que superen els 2,3 milions, amb una quantia mitjana de 636 €.

Pel que fa a les comunitats autònomes, només volem destacar que hi ha importants diferències entre les quanties mitjanes de les prestacions percebudes. Així, pel que fa a la mitjana de les pensions de jubilació, les pensions més altes per comunitats autònomes (el País Basc) són un 50% més altes que les de la comunitat autònoma on són més baixes (Extremadura).

Gràfic 25 | *Import mitjà pensions, total i per jubilació, per comunitat autònoma, abril 2016*



Taula 8 | Pensions en vigor dia 1 d'abril de 2016

	Incapacitat permanent		Jubilació		Viudetat		Orfandat		Favor familiar		Total pensions	
	Número	P. mitjana	Número	P.mèdia	Número	P. mitjana	Número	P. mitjana	Número	P. mitjana	Número	P. mitjana
Andalusia	203.875	857,95	829.084	939,59	387.283	599,99	69.996	353,75	9.022	499,46	1.499.260	810,77
Aragó	23.691	1.009,50	186.057	1.081,24	75.729	661,20	9.361	392,10	933	548,56	295.771	944,46
Astúries	31.284	1.089,68	174.490	1.266,86	84.154	704,12	9.036	445,90	1.581	688,81	300.545	1.063,12
Illes Balears	17.814	842,82	114.454	953,10	44.131	577,43	6.371	328,70	136	476,03	182.906	829,61
Canàries	35.848	846,38	165.309	984,88	78.084	616,90	16.670	348,75	1.941	519,10	297.852	833,11
Cantàbria	13.442	970,59	82.356	1.100,34	35.543	650,61	4.575	404,24	1.144	568,28	137.060	943,31
Castella i Lleó	44.959	927,14	378.617	1.014,29	157.485	626,01	19.787	404,31	3.684	534,41	604.532	883,77
Castella - La Manxa	41.864	853,62	207.038	958,50	96.638	635,13	15.271	368,15	2.353	480,69	363.164	832,44
Catalunya	165.075	1.009,44	1.070.702	1.054,90	394.807	642,44	48.339	371,98	1.402	549,58	1.680.325	933,45
Comunitat Valenciana	94.583	881,18	579.255	946,86	241.117	604,15	37.096	351,26	2.482	502,54	954.533	829,48
Extremadura	25.193	767,67	121.687	859,24	61.670	603,39	10.124	363,52	1.753	471,55	220.427	751,34
Galícia	68.839	824,38	467.657	862,91	186.959	538,91	24.085	368,13	6.035	474,92	753.575	760,09
Madrid	76.319	1.023,10	719.093	1.231,30	265.315	722,06	35.429	403,31	2.899	563,09	1.099.055	1.065,46
Múrcia	31.894	823,53	135.245	916,82	61.105	586,03	11.193	346,74	1.046	502,15	240.483	792,06
Navarra	11.063	1.099,41	85.324	1.174,28	29.528	686,97	4.160	392,49	395	564,57	130.470	1.030,87
País Basc	42.420	1.190,06	339.510	1.284,96	135.172	756,73	15.623	440,54	2.310	648,69	535.035	1.116,57
La Rioja	4.937	937,97	44.235	979,00	16.123	627,02	1.966	371,24	176	550,94	67.437	873,01
Ceuta	913	1.095,43	3.993	1.139,93	2.653	690,02	696	327,72	47	528,23	8.302	919,71
Melilla	1.163	949,86	3.291	1.090,61	2.355	647,92	796	301,07	32	515,43	7.637	847,96
TOTAL	935.176	928,74	5.707.397	1.038,93	2.355.851	636,34	340.574	373,73	39.371	524,68	9.378.369	900,50

Font: Ministeri de Treball i Assumptes Socials.

Les pensions que es perceben a les Illes Balears se situen entre les més baixes de l'Estat, amb uns valors molt similars als de la Comunitat Valenciana. De fet, ocuparien la sisena posició entre les més baixes. Les pensions baixes són conseqüència de les cotitzacions baixes i de la temporalitat de l'ocupació que caracteritza un sector de serveis poc qualificat.

Les pensions de les Illes Balears a partir de les xifres més rellevants

El 2015 hi havia 182.453 pensionistes, la qual cosa suposa el 16,5% de la població resident total. Això dóna idea del potencial del sector de la tercera edat com a massa de consum i estalvi.

La tendència, per l'envelliment de la població, és que augmentin les xifres de pensionistes. En el període 2009-2015 han augmentat un 11%. Les pensions per jubilació han augmentat de manera encara més ràpida, un 16,6%.

Taula 9 | *Persones beneficiàries per tipus de pensió*

Any	Total	Incapacitat permanent	Jubilació	Viudetat	Orfandat	Favor familiar
2009	164.351	18.920	97.624	42.780	4.878	149
2010	167.496	18.920	100.236	43.150	5.044	146
2011	170.761	18.787	103.100	43.565	5.170	139
2012	173.784	18.492	105.798	43.824	5.547	123
2013	177.164	18.051	109.003	43.989	5.980	141
2014	179.912	17.823	111.580	44.081	6.295	133
2015	182.453	17.921	113.818	44.254	6.326	134
Evolució 2015/2009	18.102	-999	16.194	1.474	1.448	-15
% Increment 2015/2009	11,01	-5,28	16,59	3,45	29,68	-10,07

Font: Gacoso. Temes socioeconòmics núm. 73. Les pensions a les Illes Balears (2009-2015)

Les pensions de les Illes Balears, tot i que presenten una tendència a l'increment mitjà, se situen per davall de la mitjana estatal.

La mitjana de les pensions ha pujat un 19,3% en el període 2009-2015, i ha passat dels 689,12€ als poc més de 822€.

Tot i ser més baixes, durant aquest període, la diferència respecte a la mitjana estatal s'ha reduït en 1,5 punts.

Les noves pensions són considerablement més elevades que el conjunt de les que ja es percebien.

Les pensions de jubilació, que són les més importants del conjunt de pensions percebudes, també presenten valors creixents.

En el període 2009-2015 han augmentat un 16,6% i han arribat als 113.818 perceptors.

En 7 anys les pensions han pujat el 21,2% de mitjana. De menys de 779€, han arribat als 944€, principalment perquè les pensions noves són superiors a les que vigien (entre el 26% i el 33,8%).

S'ha reduït la diferència de quantia amb la mitjana estatal, però encara són el 8,3% superiors.

Les dones són majoria entre la població pensionista, però tenen unes pensions més baixes. La bretxa de gènere se situaria entorn del 27%.

GADESO i altres especialistes arriben a algunes conclusions, bastant alarmants, en matèria de pensions.

La reducció en la quantia de les pensions mitjanes estatals i les pensions illenques no es deu tant a una evolució positiva illenca, sinó al fet que el mercat laboral espanyol s'assembla més en temporalitat i precarietat a l'illenc.

Tot i que és cert que hi ha hagut una millora en la quantia en les pensions en el període analitzat (de forta crisi econòmica, no ho oblidem), i que el sistema de pensions és el que ha petit menys retallades de l'estat del benestar, sembla que a curt termini (2019) amb l'entrada de la darrera reforma de pensions, es podria entrar en una fase de descens de les noves pensions respecte a les vigents. Alguns economistes assenyalen que, fins i tot el 2017, hi pot haver certs problemes perquè s'esgotarà la reserva d'emergència destinada a les pensions i per la baixa recaptació de cotitzacions socials.

Sigui com sigui, és cert que les projeccions futures de població indiquen que, d'aquí a unes quantes dècades, els contingents de persones que arribaran a l'edat de jubilació seran molt més nombrosos i que la població activa serà menys nombrosa, cosa que introduirà uns elements de tensió en el sistema que han de ser prevists amb prou antelació. Sense voluntat d'atemorir els lectors, alguns proposen allargar la vida laboral fins als 75 anys a mitja jornada, amb una pensió parcial, entre d'altres possibles solucions. Altres apunten la idea de retallar determinades prestacions, introduir nous copagaments per a l'ús de determinats serveis i a endurir les condicions d'accés a determinades ajudes i prestacions. Tot dependrà, en bona mesura, de la reactivació econòmica, la reducció de les taxes d'atur i l'increment de les taxes d'activitat general i femenina.

A banda d'això, en Rafael Borràs ens diu que cal centrar els esforços en l'extensió i l'agreuament de la precarietat i la pobresa de la població treballadora a fi de construir una societat més justa i igualitària.

Les pensions i els pensionistes han esdevingut sustentadors principals de moltes llars o, si més no, s'han convertit en el principal de suport de moltes llars colpejades per l'atur, la manca d'ingressos estables i les retallades en altres serveis socials bàsics. En el futur, ho podrien deixar de ser.

4.2. La taxa de risc de pobresa o d'exclusió social

L'enquesta de les condicions de vida estableix una sèrie d'indicadors que té com a finalitat permetre la valoració de la situació de benestar de les persones i fer comparacions amb altres àrees i països.

La població en risc de pobresa o exclusió social és aquella que s'inclou en alguna de les situacions següents:

- En risc pobresa (ingressos situats en el 60% de la mediana dels ingressos per unitat de consum).
- En mancances materials severes, s'exigeix la mancança forçada en 4 conceptes de la llista següent:
 - Retards en el pagament de despeses relacionades amb l'habitatge principal (hipoteca o lloguer, rebuts de gas, comunitat...) en els 12 últims mesos.
 - Mantenir la llar adequadament calenta.
 - Assumir despeses imprevistes. (Es considera la capacitat que té una llar per fer front a una despesa imprevista comptant únicament els seus recursos propis, és a dir, sense demanar préstecs o compres a terminis per tal d'afrontar les despeses habituals. L'import de la despesa es va revisant cada any a partir de l'evolució del nivell d'ingressos de la població.)
- Menjar carn, pollastre o peix almenys cada dos dies.
- Anar de vacances almenys una setmana a l'any.
- Disposar d'un cotxe.

- Disposar de telèfon.
- Disposar de televisió en color.
- Disposar de rentadora.
- En llars sense ocupació o amb baixa intensitat d'ocupació en què la població en edat de treballar ho va fer en menys d'un 20% de la seva capacitat al llarg de l'any.

La situació de la població de la tercera edat de les Illes Balears, d'acord amb l'índex de pobresa o exclusió social

L'evolució d'aquest indicador, com succeeix per al conjunt de l'Estat, és força positiva. Així, les taxes de pobresa o risc d'exclusió de la població de 65 anys i més, que arribaren a superar el 27%, s'han situat en valors de poc més del 8%.

La resta dels grups d'edat considerats es troben molt per damunt d'aquesta xifra. Els grups d'edat més joves presenten, d'acord amb les dades de 2014, unes taxes especialment altes i una tendència decreixent amb l'edat, fins a assolir els mínims entre la població de la tercera edat.

Ara bé, quina valoració s'ha de fer d'aquesta taxa? La realitat és que, com hem dit, és un indicador estadístic establert a partir de les dades indicades i, a més, és un indicador relatiu. La riquesa o la pobresa, en aquest sentit, estan marcats per la riquesa o la pobresa del conjunt de la societat. Així, si la situació de la resta de grups considerats empitjora, el manteniment o una mínima millora en els ingressos del grup de la tercera edat suposa automàticament que molts dels seus membres arribin al llindar a partir del qual surten de la categoria de pobres o de persones en risc d'exclusió.

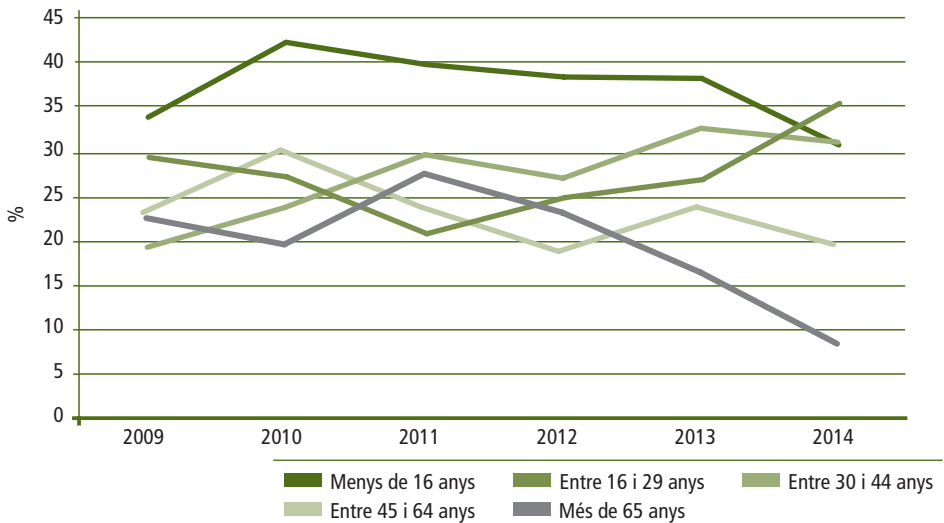
Ja hem dit abans, però, que les pensions, almenys en els moments de crisi, han experimentat una certa millora en la quantia mitjana i això confirmaria aquesta interpretació i, fins i tot, és possible que hi hagi casos en què realment s'hagi produït la millora de la situació personal al llarg del període considerat.

Malgrat tot, com sabem, la població de la tercera edat ha estat fonamental pel que fa al suport a la família extensa i a la societat en general en els moments més durs de la crisi. I, ho continua sent, com posem en relleu en l'article publicat en aquest mateix anuari, «Els impactes ocults de la crisi en la tercera edat».

Sigui com sigui, mentre hi hagi situacions de manca en la societat i en l'entorn familiar de les persones d'edat avançada, aquestes –surti o no reflectit en les estadístiques– pateixen directament aquesta situació, perquè han d'ajudar econòmicament o amb prestacions directes (aliments, allotjament, guarda i custòdia dels membres més joves de

la família...), o bé pel patiment psicològic que experimenten per empatia per la situació que pateixen familiars i coneguts. En definitiva, aquestes situacions estressants també els poden afectar des d'un punt de vista físic. Les generacions adultes i joves actuals mai no podran pagar el deute de gratitud que tenen amb els membres més grans de la nostra societat, els pares i els padrins. No sé si les generacions futures trobaran tanta ajuda, per disponibilitat o possibilitat, com la que han rebut.

Gràfic 26 | *Evolució del risc de pobresa o exclusió social per edat, 2009-2014*



Font: Enquesta de condicions de vida. Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

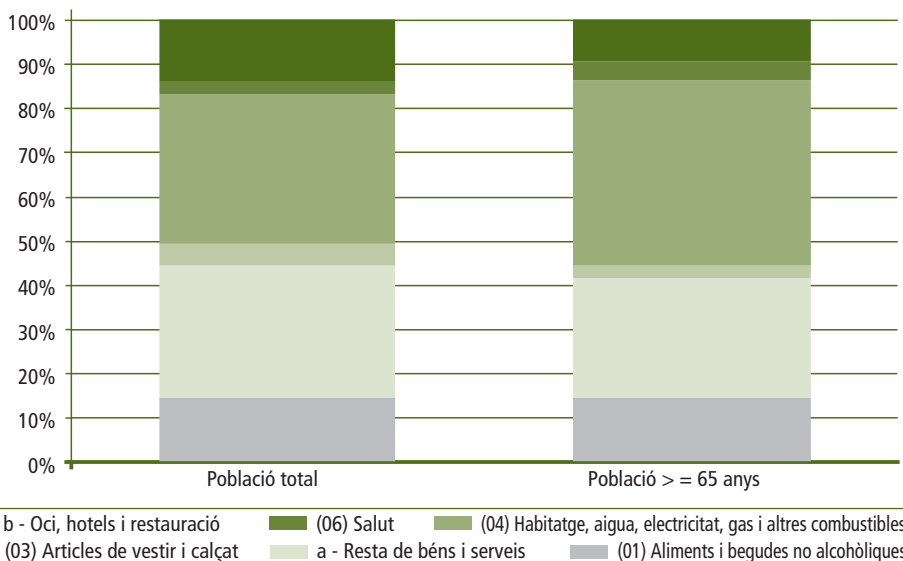
4.3. Anàlisi de la despesa de les llars de la tercera edat

Tot seguit us oferim l'anàlisi gràfica de la despesa de llars en què el sustentador principal és una persona de 65 anys i més.

En realitat, hem fet dues anàlisis: una de sincrònica, comparant l'estructura de despesa del conjunt de la població amb les llars on el sustentador principal és de la tercera edat, i una de diacrònica, en què comparem la distribució de la despesa per grups entre l'any 2006 i el 2014.

Les despeses principals de les llars on viuen persones grans es destinen a mantenir l'habitatge i a fer front als subministraments essencials de la llar: aigua, electricitat, gas i altres combustibles, i assoleixen el 42% del total de la despesa.

Gràfic 27 | Despesa total per grups de consum, segons l'edat de sustentador principal, 2014



a - Resta de béns i serveis, inclou els grups 02 (Begudes alcohòliques, tabac i narcòtics), 05 (Mobiliari, equipament de la llar i despeses corrents de conservació de l'habitatge),

07 (Transports), 08 (Comunicacions), 10 (Ensenyament) i 12 (Altres béns i serveis)

b - Oci, hotels i restauració, inclou els grups 09 (Oci, espectacles i cultura) i 11 (Hotels, cafès i restaurants)

Font: Enquesta de pressuposts familiars. Institut d'Estadística de les illes Balears (IBESTAT)

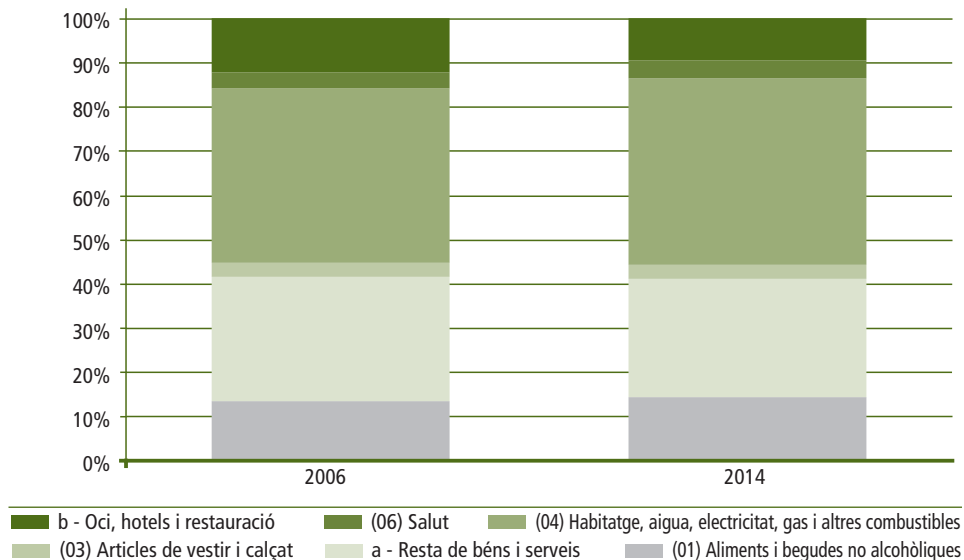
L'alimentació i les begudes no alcohòliques (amb el 14,4%) ocuparien el segon.

En canvi, el conjunt de la població destina una part del pressupost més petita a atendre les necessitats bàsiques de l'habitatge i destina aquest pressupost al transport, hotels, cafès i restaurants, oci, espectacles i cultura, i articles de vestir i calçat.

És a dir, comprovem que les persones grans destinen, en molts casos, la part principal de la renda a satisfer les necessitats vitals bàsiques (alimentació i habitatge), perquè disposen d'uns ingressos minsos, mentre que altres grups de la societat poden disposar de la seva renda per a altres despeses no primordials o supèrflues.

De la comparació de l'estructura de despesa de les llars amb persones grans del període 2006-2014, podem concloure que els principals grups de despesa no han canviat o, si ho volem dir d'una altra manera, les prioritats en la distribució de la renda disponible no han canviat amb el temps: els principals grups continuen sent l'habitatge i els subministraments bàsics, als quals es destinen el 2,5% de la renda disponible, d'una banda, i l'alimentació i les begudes no alcohòliques, de l'altra.

Gràfic 28 | Despesa total per grups de consum en llars amb sustentador principal > = 65, 2006 i 2014



a - Resta de béns i serveis, inclou els grups 02 (Begudes alcohòliques, tabac i narcòtics), 05 (Mobiliari, equipament de la llar i despeses corrents de conservació de l'habitatge),

07 (Transports), 08 (Comunicacions), 10 (Ensenyament) i 12 (Altres béns i serveis)

b - Oci, hotels i restauració, inclou els grups 09 (Oci, espectacles i cultura) i 11 (Hotels, cafès i restaurants)

Font: Enquesta de pressuposts familiars. Institut d'Estadística de les illes Balears (IBESTAT)

Per la seva banda, les despeses en oci, hotels i restauració baixen gairebé 3 punts.

Finalment, cal destacar que les despeses en salut s'incrementen el 0,8%, tal volta pel creixent envelliment mitjà de la població i els processos de sobreenvelliment del col·lectiu que fan que siguin més freqüents els tractaments mèdics i l'adquisició de productes farmacèutics.

5. Tipus de llar, formes de convivència i algunes característiques socials

5.1. Formes de convivència de les persones de 65 anys i més a Europa. La situació a l'Estat espanyol

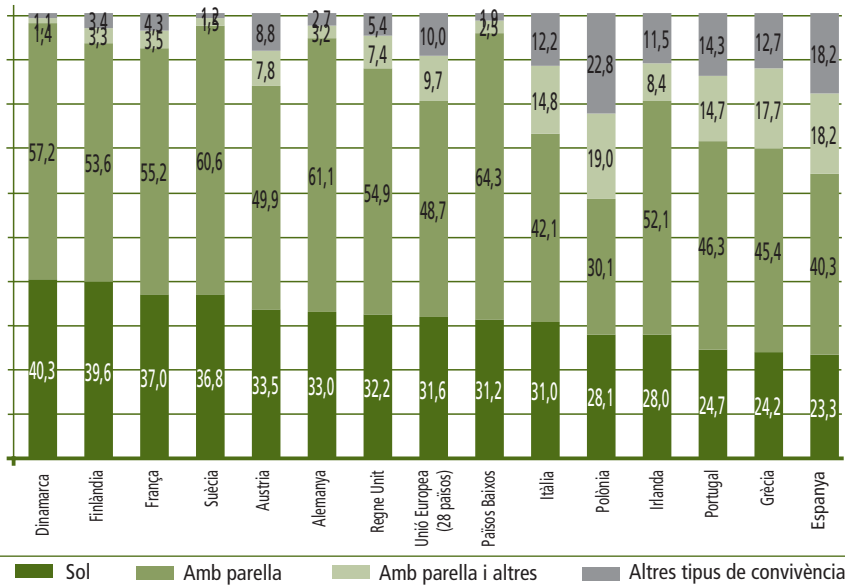
Les formes de convivència de les persones de 65 anys i més a Europa i l'Estat espanyol

Hi ha una correlació directa entre l'edat i la possibilitat de viure sols i ho corroboren les dades evolutives. Aquest fet és especialment rellevant en la tercera edat i sobretot entre les dones, pel sobreenvelliment femení.

Tot i això, la situació majoritària de convivència de les persones de 65 anys i més a Europa és la parella i, en segon lloc, hi trobem aquelles persones grans que viuen soles.

Les taxes de llars unipersonals de la tercera edat a l'Estat espanyol són, com en altres països del sud, inferiors a la mitjana de la Unió Europea i molt inferiors a la que presenten alguns països nòrdics.

Gràfic 29 | Formes de convivència de les persones de 65 anys i més, UE28 i alguns països d'Europa, 2014



Font: Eurostat. (EU-SILC)

La tendència general és que la xifra de llars unipersonals de persones grans creixi de manera considerable a curt i mitjà termini. D'una banda, el progressiu envelliment general de la població i la supervivència femenina més alta determinen l'extinció de parelles per defunció i l'increment de llars amb una única persona de la tercera edat. D'altra banda, els canvis sociològics actuals, amb una taxa d'inestabilitat interpersonal més alta, farà que moltes persones arribin a la tercera edat vivint en solitud.

Principals característiques de les llars a l'Estat espanyol i a les Illes Balears i com són les llars de la població de 65 anys i més

Segons l'Enquesta Contínua de Llars de l'Institut Nacional d'Estadística de 2015, el nombre de llars a l'Estat espanyol arriba als 18,3 milions, un 0,2% més que l'any anterior.

La dimensió mitjana de les llars continua decreixent i se situa en 2,51 persones (-0,3% respecte de l'any anterior).

Entre els tipus de llars més freqüents, trobem descensos en els dos primers grups, parelles amb fills (6.253.100, -1,35) i sense fills (3.874.800, -2,6%).

El grup que experimenta un creixement més alt (8,1%), d'acord amb l'ECLL-2015, és el constituït per la mare amb fills o el pare amb fills, per l'increment de ruptures familiars, i assoleix la xifra de 1.897.500 llars, un valor molt similar al de les llars constituïdes per persones grans que viuen soles.

Les llars on viuen persones soles arriben a 4,6 milions i ja representen una quarta part del nombre total de llars. Les persones soles de menys de 65 anys suposen 2.724.400 llars i han crescut un 1,6% respecte al 2014.

Hi ha 1.859.800 llars constituïdes per persones de 65 anys i més, amb un increment del 0,3% respecte de l'any anterior.

Gairebé tres quartes parts de la població de gent gran que viu sola són dones. Així, d'acord amb les xifres del punt anterior, hi hauria prop d'1,4 milions de dones que viuen soles.

A les Illes Balears, en aquest mateix any hi havia 106.900 llars unipersonals, 36.000 de les quals eren de la tercera edat.

Les dones, com és lògic per l'esperança de vida més alta, predominen de manera clara en les llars unipersonals pel fet que sobreviuen a les seves parelles. Així el 70% de les persones de la tercera edat que viuen soles a les Illes Balears de 2015 són dones.

I, així mateix, per estat civil, entre les llars unipersonals dels grups de més edat predominen aclaparadorament les persones vídues, sobretot entre el col·lectiu femení.

A les Illes Balears el nombre de persones grans de 65 anys que viuen soles arriba, segons aquesta enquesta, al 13,5% de les llars unipersonals d'aquest grup d'edat, molt per sobre de la mitjana estatal, que arriba al 4%.

Taula 10 | *Enquesta Contínua de Llars, 2015. Dades principals. Estat espanyol*

	Any 2014	Any 2015	Variació
Llars	18.303.100	18.346.200	0,2
Dimensió mitjana de la llar	2,51	2,51	-0,3
Tipus de llar més freqüents:			
Persona sola de menys de 65 anys	2.681.400	2.724.400	1,6
Persona sola més gran de 65 i de més anys	1.853.700	1.859.800	0,3
Parella sense fills	3.978.600	3.874.800	-2,6
Parella amb fills	6.333.800	6.253.100	-1,3
Mare amb fills o pare amb fills	1.754.700	1.897.500	8,1

Font: Institut Nacional d'Estadística (INE)

5.2. L'estat civil de les persones de 65 anys i més. 1980-2011

Els canvis en l'estat civil tenen tot un seguit de repercussions, però, sens dubte, poden provocar uns impactes més grans en els membres de més edat de la nostra societat. El canvi d'estat civil, principalment de casat o casada a vidu o vídua (molt més freqüent aquest segon, com sabem), suposa, d'una banda, un canvi automàtic en el nucli de convivència que sovint passa a esdevenir una nova llar unipersonal, i, de l'altra, pot significar canvis importants en els ingressos. Finalment, també pot tenir repercussions sobre la salut física o psíquica, atès que es perd el principal suport personal i diari.

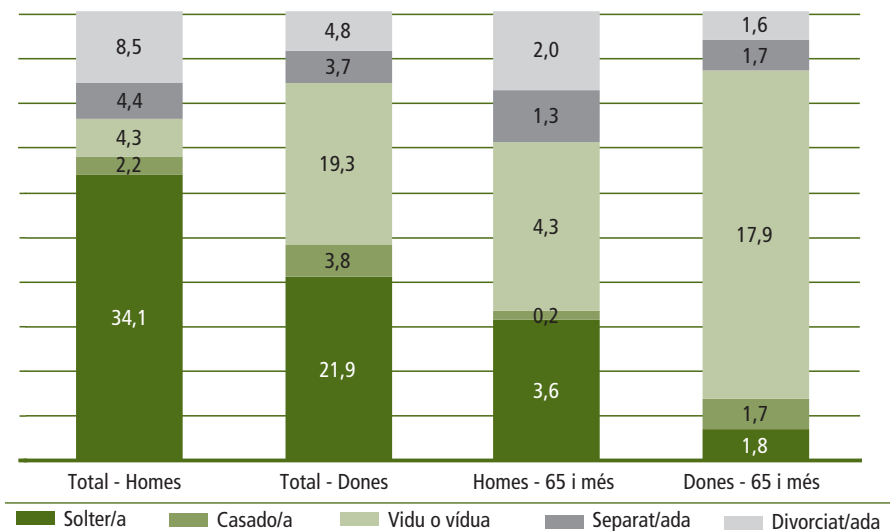
L'anàlisi de l'estat civil de la població de 65 anys i més per sexes ens mostra una distribució ben diferent entre els homes i les dones, sobretot pel que fa als percentatges de vídues, fet que reflecteix una esperança de vida més alta de les dones i també el pes que el matrimoni tenia (i encara té) entre la població de més edat.

Entre els homes predomina de manera significativa (78%) l'estat civil de casat.

L'anàlisi de les dades evolutives ens mostra un descens percentual (i, per tant, estructural) en la xifra de persones fadrines i vídues, un augment de les casades i un augment geomètric de les separades/divorciades, tot i que aquest grup partia d'unes dades molt baixes i només arribava al final de la sèrie considerada un minso 3,2% de la població de

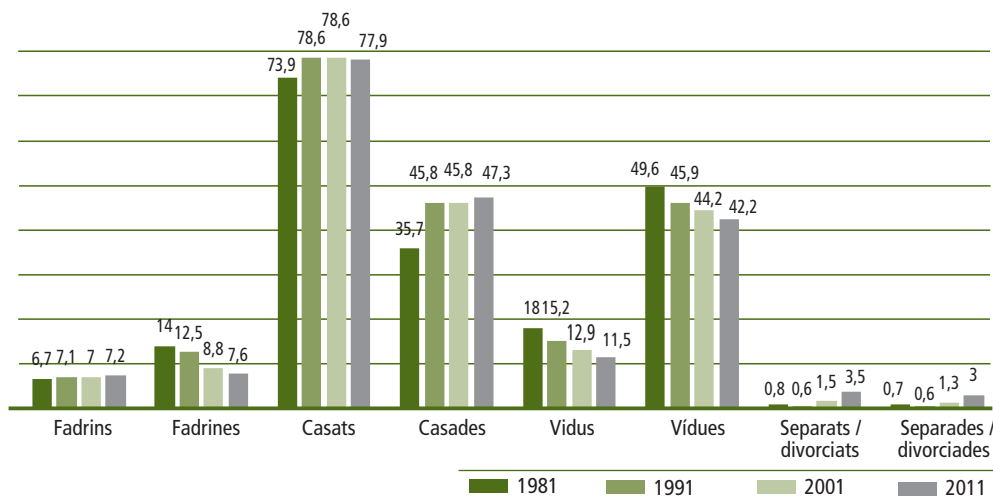
gent gran. Aquestes variacions posen en relleu la millora general de l'esperança de vida que s'aprecia sobretot en els grups masculins.

Gràfic 30 | Llars amb persones soles per sexe i estat civil, Illes Balears, 2015 (en milers)



Font: Enquesta Contínua de Llars. 2015

Gràfic 31 | Estructura % de l'estat civil homes i dones de 65 anys i més, 1980-2011



Font: Cens de població 1970 - 2011. Institut Nacional d'Estadística - INE

La distribució per l'estat civil de la població de gent gran espanyola de 2011 ens permet concloure que més del 60% de les persones grans estan casades, amb un percentatge molt més elevat en el cas dels homes (77,9%). Les dones casades només arriben al 47,3%. I, aquesta diferència s'explica en el segon grup: el 29% de les persones grans vídues suposa que l'11,5% dels homes i el 42,2% han perdut la parella amb qui estaven casats.

En el futur és plausible que augmenti significativament la xifra de persones separades i divorciades, atesos els increments de ruptures que es produeixen en el nostre entorn.

Gràfic 32a | *Estat civil dels homes de 65 anys i més, Estat espanyol, 2011*



Gràfic 32b | *Estat civil de les dones de 65 anys i més, Estat espanyol, 2011*



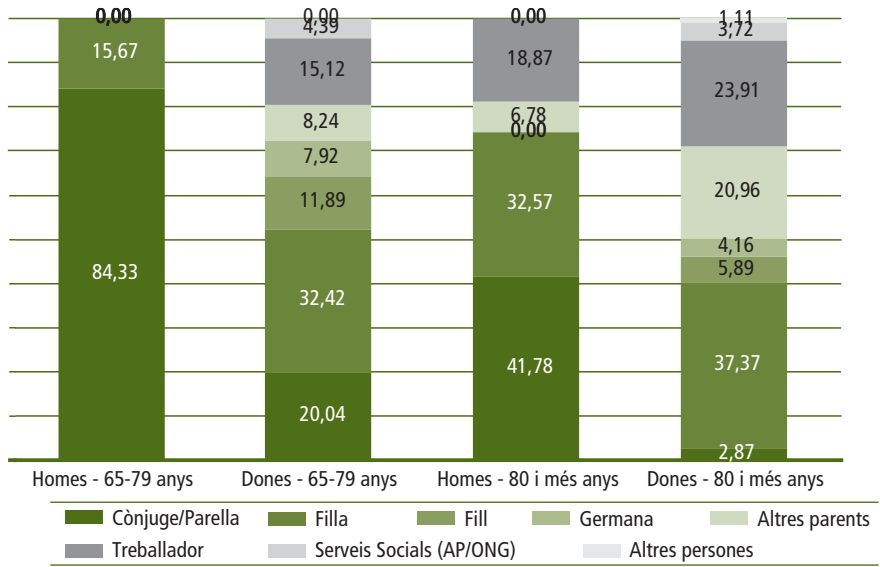
Font: Cens 2011 - INE

5.3. Persones de suport a les persones de la tercera edat que necessiten ajuda

Independentment de la relació familiar amb la persona de la tercera edat assistida i l'interval d'edat considerat, la primera conclusió que podem presentar és que a les dones se'ls atribueix fonamentalment el pes i la responsabilitat d'atendre les necessitats de les persones grans del seu entorn.

En el cas que la persona atesa sigui de sexe masculí, en la franja de 65–79 anys, una gran majoria rep les atencions de la companya i, menys sovint, la filla. Aquesta mateixa situació la trobem si analitzem el grup de més edat considerat, els 80 anys i més, encara que en aquest cas també apareixen altres categories, com els serveis socials o treballadors contractats, segurament per atendre casos amb manca de suport femení familiar.

Gràfic 33 | Persona que cuida les persones grans amb necessitat d'ajuda, per sexe i tipus de relació, Illes Balears, 2008



Fuente: Institut Nacional d'Estadística. Enquesta de Discapacitat, autonomia personal i situacions de dependència, 2008

En canvi, quan la persona atesa és de sexe femení, la situació és totalment diferent. En primer lloc, destacaríem que en totes les edats considerades, tant entre les dones ateses d'entre 65 i 79 anys com les de més de 80 anys, el paper principal de cuidador recau en les filles. Nogensmenys, en el primer tram d'edat, la segona posició l'ocupa la parella de la persona atesa, però la situació s'inverteix respecte a l'atenció rebuda pels homes d'edat amb necessitats assistencials.

Des de ben aviat, les dones són ateses per una diversitat de cuidadors més gran, però sempre amb un pes de la funció assistencial femenina important. Així, hi apareixen germanes i altres parents (que podem especular que són majoritàriament de sexe femení) que fan aquesta funció, però també treballadors contractats i agents socials (públics o organitzacions sense ànim de lucre).

Podem concloure que, a mesura que les persones ateses envelleixen, amb l'increment progressiu del deteriorament físic i la discapacitat que provoca en alguns casos, s'incrementa la presència de persones contractades per atendre-les, per manca de capacitat física dels familiars o pel fet que prefereixen delegar aquesta funció en altres cuidadors a canvi d'una retribució econòmica.

Així mateix, en edats avançades, destaca un increment de la funció de cuidador que tenen altres parents, segurament per atendre en l'àmbit extens de relacions familiars les necessitats d'algun dels seus membres. Moltes vegades aquests serveis es donen quan la persona atesa no té fills ni, per tant, hereus directes.

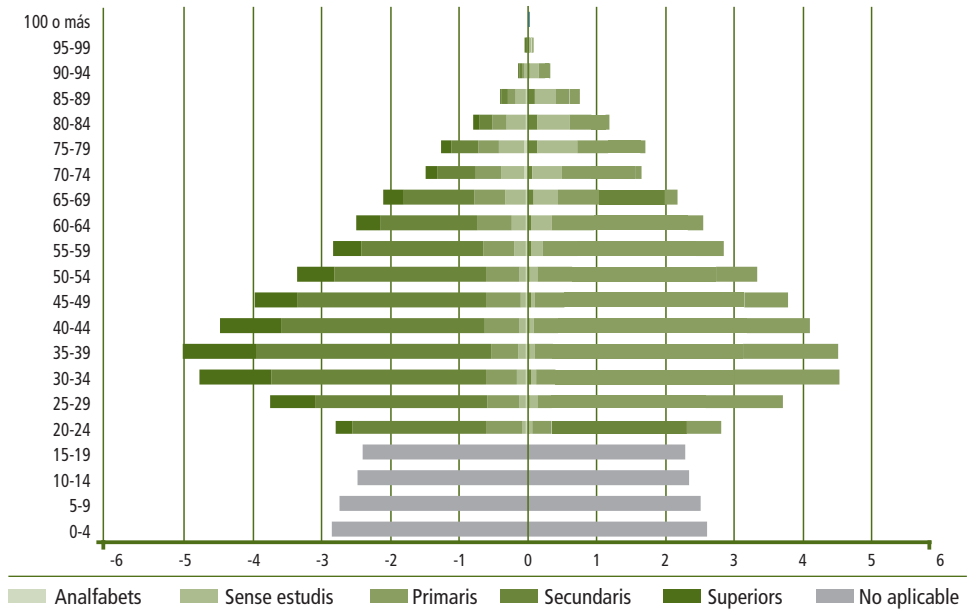
5.4. Els canvis significatius en el nivell de formació de la població de les Illes Balears

És certa l'afirmació que hi ha una correlació negativa entre l'edat i els graus d'educació formal que ha rebut la població. Dit d'una manera més clara: els nivells de formació de la societat actual són més baixos com més alta és l'edat que analitzem.

Encara avui en dia podem trobar alguns analfabets en els grups d'edats més avançades i és relativament freqüent trobar bosses importants de població, sobretot entre les dones més grans, que no disposen de cap titulació oficial, ni tan sols d'estudis primaris.

No queda tan lluny la societat en què els nins començaven a fer feina als 12 anys, si no abans, o que havien de compatibilitzar com podien ajudar la família (moltes vegades treballant al camp) amb una educació a la qual s'accedia sabent que, majoritàriament, l'ensenyament acabaria amb l'arribada a l'edat primerenca d'incorporació al treball.

Gràfic 34 | Població per grau d'estudis, edat i sexe, Illes Balears, 2011



I si l'accés a un grau d'instrucció mitjà o superior era complicat per als homes, ho era molt més per a les dones, el destí de les quals era majoritàriament servir de mare i esposa. Unes funcions que es considerava que no necessitaven una gran formació acadèmica. Aquest model vigí també en el període franquista primerenc i els currículums educatius difonien aquest model i imposaven, fins i tot, una educació diferent entre al·lots i al·lotes.

Afortunadament no només s'ha superat aquest model, sinó que avui en dia són les dones les que majoritàriament accedeixen a les universitats i, a més, són moltes les dones que actualment accedeixen a les places superiors dels cossos administratius més complexos de l'Estat (jutgesses, fiscals, metges...), encara que també és cert que encara hi ha una bretxa de gènere en moltes titulacions tècniques i que en moltes empreses privades els llocs de direcció són ocupats en una proporció molt més petita per dones.

Les generacions de la població jove actual són les més instruïdes de la història. Això, sens dubte, aporta valors intrínsecs de creixement personal i també un valor afegit a la societat. Això no vol dir que no es produeixin casos de frustració personal perquè moltes persones ocupen llocs de treball inferiors als que podrien ocupar per la formació rebuda. Fa moltes dècades que titulació i treball en l'especialitat estudiada no són sinònims i, a més, la crisi econòmica actual ha generat importants moviments migratoris de població qualificada. La qüestió de l'adaptació de les titulacions al mercat de treball fa temps que es debat però les pressions socials encara actuen de manera activa impulsant la via universitària tot i que, en molts casos, la via de qualificació professional seria molt més eficaç quant a inserció laboral i també, perquè no dir-ho, quant a retribucions. Però això defuig el camp d'aquest article i només ens interessa destacar l'increment general formatiu i valorar-lo com a objectivament positiu.

A mesura que passi el temps i les noves cohorts vagin ascendint en la piràmide d'edat, s'incrementarà la instrucció del col·lectiu de la tercera edat i això farà, possiblement, que disposin de més recursos a l'hora d'afrontar situacions problemàtiques: més capacitat d'anàlisi de la situació, més recursos a l'hora de cercar recursos i ajuts públics i d'organitzacions sense ànim de lucre, un ús de la tecnologia per comunicar-se i mantenir o ampliar la xarxa de relacions socials o obtenir béns i serveis telemàticament...

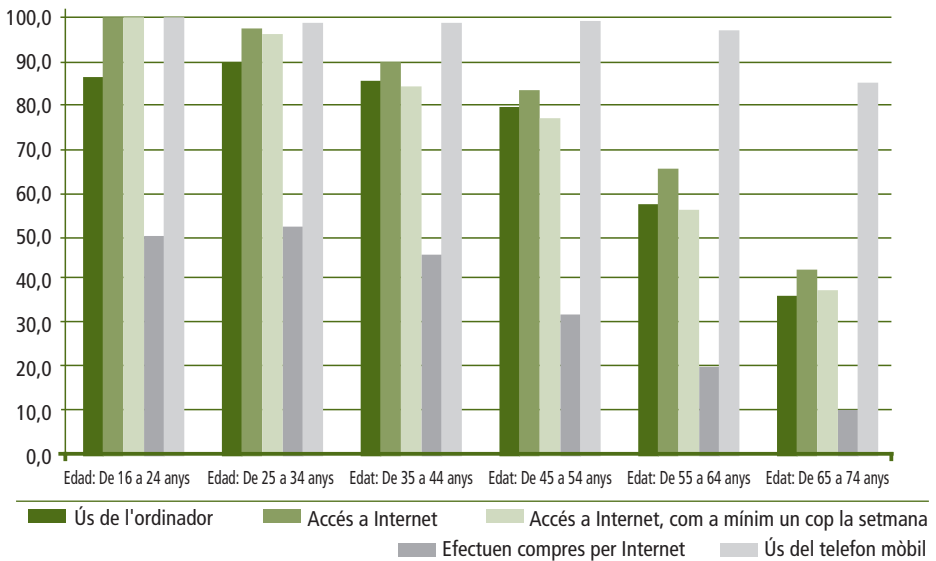
5.5. Les noves tecnologies i la tercera edat

A l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears 2013 vàrem publicar un article titulat, precisament, «Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears», per la qual cosa, no reiteraré els aspectes teòrics i, en tot cas, us convit a fer-ne la relectura.

L'ús de les noves tecnologies, com he apuntat al final de l'epígraf anterior, obre tota una sèrie d'oportunitats de què no s'ha d'excloure la població de més edat de les Illes Balears. Les dades corresponents a l'enquesta d'ús d'equipaments i tecnologia de la informació i

la comunicació ens permeten presentar una sèrie de conclusions molt importants, malgrat que el grup que analitza l'enquesta és el de la població d'entre 65 i 74 anys i que només inclou, per tant, una part de la població de la tercera edat. No obstant això, ho podem considerar un indicador prou significatiu de l'avenç que hem detectat en la implantació i l'ús d'aquestes noves tecnologies entre els col·lectius més grans de la nostra societat.

Gràfic 35 | *Ús d'equips i tecnologies de la informació i la comunicació per edats, Illes Balears, 2015*



* Dades referides als 3 mesos anteriors a la realització de l'enquesta

Font: Enquesta sobre equipament i ús de tecnologies de la informació i la comunicació a les Illes. 2015. Ine-base. Institut Nacional d'Estadística

L'ús dels equips i les noves tecnologies de la informació i la comunicació

No volem fer un estudi intensiu d'aquesta enquesta sinó que només establirem algunes conclusions generals sobre les dades d'ús dels equips i les tecnologies de la informació i la comunicació a les Illes Balears el 2015, a partir de la variable de l'edat.

En general, podem concloure que hi ha una certa relació inversament proporcional entre l'edat i l'ús de les noves tecnologies i els equips tecnològics. Aquesta afirmació s'ha de perfilar, però, amb l'anàlisi concreta de l'ús de les noves tecnologies o dels equips de manera individual.

No obstant això, el que hem dit en el punt anterior, una característica que també destaca, és l'augment de l'ús dels nous recursos tecnològics entre la població de més edat.

Un dels ítems en què més es detecta una bretxa digital lligada a l'edat és la realització de compres per Internet. Així, mentre que més del 50% de la població entre 16 i 34 anys fa compres telemàtiques, només el 10% ho fan en el grup de més edat considerat. El desconeixement d'aquestes tecnologies i possiblement la desconfiança de rebre realment el bé o servei comprat o que algú pugui accedir a les seves dades bancàries i fer-ne un mal ús en poden explicar aquesta diferència tan important.

L'ordinador, que és l'altre equip tecnològic que recull l'enquesta, té un ús bastant més baix entre la població i és molt més reduït sobretot en els grups de més edat. El grup d'entre 65 i 74 anys presenta la xifra més baixa d'ús, amb prop del 37%. Tot i això, podríem fer la lectura inversa i dir que un terç de la població de més edat enquestada, ja jubilada i que no usa l'ordinador amb finalitats laborals, usa aquest tipus d'equipament.

Finalment, pel que fa al mòbil, és el tipus de dispositiu de nova tecnologia de la comunicació que més s'ha estès i generalitzat entre la població general (en alguns grups el 100% en té) i, en comparació amb altres tipus de dispositius, sobretot entre la gent de més edat (el 85% de la gent d'entre 65 i 74 anys l'utilitza).

L'avenç en l'ús dels equipaments i les tecnologies de la informació i la comunicació per part de persones d'entre 65 i 74 anys per sexe. Illes Balears, 2007–2015

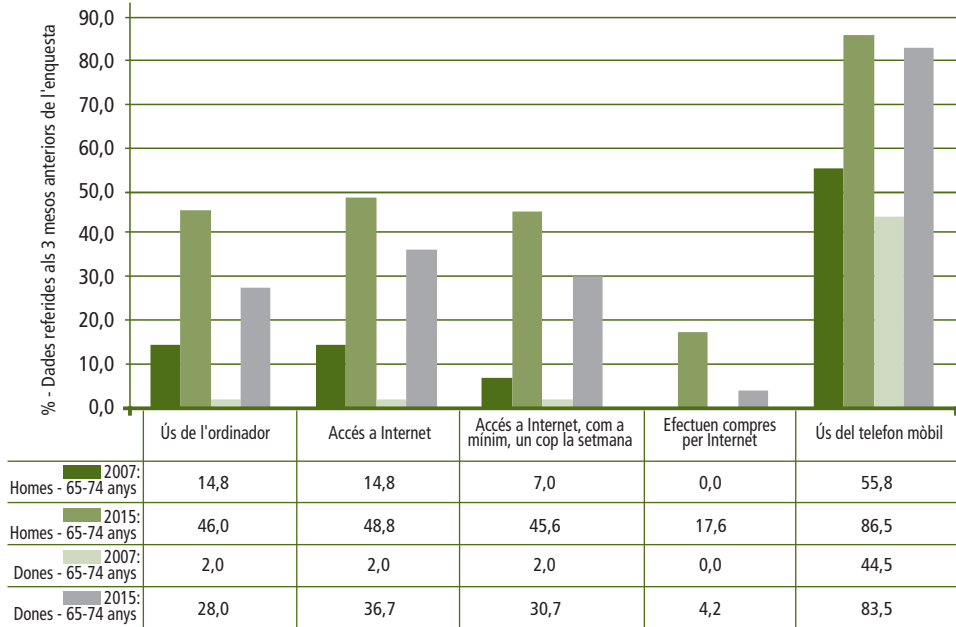
La primera conclusió que podem presentar és que en aquests 8 anys s'ha produït un considerable increment en els usos i els serveis de tecnologies de la informació i la comunicació entre les persones de més edat de la nostra societat.

L'avenç en l'ús ha estat especialment intens entre les dones, que partien d'unes taxes molt baixes el 2007.

Malgrat tot, encara hi ha una certa bretxa de gènere en l'ús d'equipaments i tecnologies de la informació i la comunicació entre sexes. Així, en tots els ítems analitzats en els gràfics adjunts, podem comprovar que les xifres d'ús i freqüència d'ús són superiors en els homes.

L'ús del mòbil és una mostra del que, en el futur, pot succeir amb els altres productes i serveis tecnològics. D'una diferència de més d'11 punts percentuals entre sexes s'ha passat a només 3 punts, amb uns espectaculars creixements del 55,8% al 86,5% en el cas dels homes i d'un 44,5% al 83,5% en el cas de les dones, que gairebé han duplicat la taxa d'ús en un període molt curt de temps.

Gràfic 36 | Ús d'equipaments i tecnologia de la informació i la comunicació, persones d'entre 65 i 74 anys per sexe, Illes Balears, 2007-2015



* Dades referides als 3 mesos anteriors a la realització de l'enquesta

Font: Enquesta sobre equipament i ús de tecnologies de la informació i la comunicació a les Illes, 2015, Ine-base, Institut Nacional d'Estadística

L'ús d'Internet ha esdevingut molt més habitual, amb unes taxes d'increment exponencials (s'ha multiplicat per més de 4 en el cas dels homes i per 18! en el cas de les dones), encara que aquesta taxa encara situa l'accés a aquesta tecnologia tan interessant en menys del 50% i amb una certa bretxa de gènere negativa per a les dones.

Les compres per Internet són l'apartat en què els indicadors mostren una implantació més baixa. Ja n'hem indicat les causes. La provisió de serveis de compra de béns i serveis telemàtics podria suposar un cert estalvi per un col·lectiu al qual, moltes vegades, no sobren els doblers.

Finalment, volem indicar que podem preveure una tendència futura de creixement de l'accés a les noves tecnologies i en l'ús dels equipaments de la informació i la comunicació en ambdós sexes i una situació de reducció de la bretxa digital, tant pel fet que progressivament aniran arribant als grups d'edat més avançats de població amb

uns índexs d'alfabetització i ús de dispositius digitals més alts, i també és previsible que s'incrementin les taxes d'accés entre la població que encara no les utilitza.

5.6. Un indicador sintètic per explorar: l'índex d'envelliment actiu (AAI)

És un índex generat cada dos anys per la Comissió Econòmica de les Nacions Unides per a Europa que pretén mesurar la capacitat de la població de la tercera edat d'Europa per gaudir d'un envelliment actiu i saludable.

L'índex es construeix a partir de 22 indicadors individuals que s'agrupen en quatre dominis: el grau en què les persones grans porten una vida independent, la seva participació en activitats socials, les tasques realitzades pagades i, finalment, la capacitat d'envellir activament. Amb tots, s'elabora un índex sintètic final.

Els indicadors recollits són: A. Índex laboral - taxa d'ocupació de 4 grups d'edat: 55-59, 60-64, 65-69 i 70-74. B. Índex de participació social. Quatre grups de dades: les activitats com a voluntari, l'atenció i cura dels infants petits i nins, l'atenció a adults més vells i la participació política. C. Índex d'independència, salut i seguretat vital: sis blocs de dades: l'exercici físic, l'accés als serveis de salut, la vida independent, la seguretat financera (amb tres subindicadors), la seguretat física i la participació en activitats d'educació durant tota la vida. I, finalment, D. Índex de capacitat i adaptació al medi per a un envelliment actiu, que pren en consideració els 6 grups d'ítems següents: l'esperança de vida als 65 anys, l'esperança de vida amb bona salut als 55, la salut mental, l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació, les relacions socials i el nivell educatiu.

Els resultats de l'índex d'envelliment actiu (AAI) es presenten en un rànquing de països per l'indicador sintètic general AAI i per a cadascun dels dominis específics. Així mateix, també podreu consultar els índexs d'AAI desglossats per gènere.

Tot seguit, us oferim les darreres dades de la Unió Europa dels 28 i l'Estat espanyol referides a 2014 i sobre l'evolució des de 2010.

- L'AAI sintètic assoleix un valor de 33,9 per als països de la UE28, mentre que aquest índex seria 1,3 punts més baix per a l'Estat espanyol, que, tot i això, ha augmentat en el període considerat.
- Quant a l'índex d'ocupació sintètic considerat, les dades de l'Estat espanyol, amb un 23,3 són inferiors a la mitjana de la UE28 (27) i, a més, presenta una evolució negativa d'ençà del 2010, sobretot en el col·lectiu masculí per la crisi econòmica.

- L'índex de participació social situa l'Estat espanyol (17,7) una dècima per damunt de la mitjana de la UE28, sobretot pels avenços en els darrers anys en el sector, tant en homes com en dones.
- L'índex de vida independent se situaria a l'Estat espanyol en un 69,8, només 8 dècimes per davall de la mitjana de la UE28, però amb una tendència a evolucionar favorablement.
- Finalment, en el quart bloc analitzat, la capacitat i adaptació a l'entorn per a un envelliment actiu, l'índex espanyol, amb un 56,3 se situa bastant per sobre de la mitjana de la UE28, amb un 54,1.

6. Conclusions

- Recopilar i reunir indicadors que siguin significatius i que perfilin la situació de la tercera edat en l'àmbit de la nostra comunitat autònoma és laboriós i complicat per la varietat de fonts i la multiplicitat d'institucions que les generen.
- Moltes vegades les informacions disponibles només es troben referides a l'àmbit estatal, produïdes per l'Institut Nacional d'Estadística en operacions generals o bé produïdes o generades per organismes internacionals.
- En altres ocasions, les dades disponibles responen a la disponibilitat d'operacions estadístiques periòdiques (per exemple, enquestes) o esporàdiques (investigacions sense periodicitat). Això fa que, molt sovint, en cas que localitzin una informació d'interès, es trobi molt allunyada en el temps o bé no se'n pugui garantir la continuïtat futura.
- Per tot això, i des d'un punt de vista tècnic, crec que seria convenient, si és que es vol comptar amb una bateria d'indicadors per analitzar l'envelliment a les Illes Balears, impulsar dues iniciatives complementàries i íntimament lligades:
 - Reunir una comissió d'experts per dissenyar una bateria amb els indicadors disponibles actualment amb una periodicitat i qualitat estadística suficient per poder ser publicats periòdicament.
 - Dissenyar una enquesta específica adreçada a la població de la tercera edat de les Illes Balears, suficientment àmplia per atendre tots aquells aspectes interessants des dels múltiples vessants analítics que incideixen sobre aquest grup de població i per als quals no disposem d'informació suficient. Un cop dissenyada, es podria incloure en el Pla estadístic de les Illes Balears, a fi que fos de compliment obligat.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A. i Pujol, R. (2016). Un perfil de las personas mayores en España. 2016. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, núm. 14. CSIC. Ministeri d'Economia i Competitivitat.

<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/estudiosyresultados/informes/enred-index.html>

EUROSTAT – <http://ec.europa.eu/eurostat>

Indicadors de població

GADESO (2016). Les pensions a les Illes Balears (2009-2015). *Temes Socioeconòmics*, número 73. Maig, 2016.

http://www.gadeso.org/sesiones/gadeso/web/mytable_temas/ca_73.pdf

IBESTAT – www.ibestat.cat

Padró d'Habitants, 1 de gener de 2015

Taules de mortalitat

Enquesta de morbiditat hospitalària

Estadística de defuncions

Enquesta de salut. Illes Balears. 2007

Enquesta de condicions de vida. 2009-2014

Enquesta de pressuposts familiars. 2014

INE – www.ine.es

Anuari d'Espanya. 1998

Indicadors demogràfics

Padró Continu d'Habitants, 1 de juliol de 2015 – INE Base

Projeccions de població a llarg termini. 2014-2064

Taules de mortalitat

Enquesta Nacional de Salut. 2011-2012

Enquesta Europea de Salut. 2014

Enquesta Contínua de les Llars. 2015

Lluch, F. D. (2010). Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural. *Anuari de l'envelliment 2010*. Illes Balears, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció a l'Autonomia Personal. UIB i Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració.

Lluch, F. D. (2011). Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears. *Anuari de l'envelliment 2011*. Illes Balears, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció a l'Autonomia Personal. UIB i Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

Lluch, F. D. (2012). La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística. *Anuari de l'envelliment 2012*. Illes Balears, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció a l'Autonomia Personal. UIB i Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

Lluch, F. D. (2013). Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears. *Anuari de l'envelliment 2013*. Illes Balears, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció a l'Autonomia Personal. UIB, Conselleria de Família i Serveis Socials, Consell de Mallorca – Departament de Benestar Social i Caixa Colònia. ISSN: 2174-7997. Dipòsit legal: PM-2908-2008. <http://catedradependencia.uib.cat/anuaris/>

Lluch, F. D. (2014). Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat. *Anuari de l'envelliment 2014*. Illes Balears, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció a l'Autonomia Personal. UIB, Conselleria de Salut, Família i Benestar Social, Consell de Mallorca – Departament de Benestar Social i Caixa Colònia.

Seguretat Social – Ministeri de Treball i Seguretat Social - http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/index.htm
Estadístiques de pensions contributives

UNECE – Índex d'envelliment actiu (AAI)
<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó (1965). Geògraf. Cap de la Secció de Cartografia de la Conselleria de Medi Ambient, Agricultura i Pesca. Ha treballat en l'organisme estadístic autonòmic, on s'ha especialitzat en les estadístiques socials i demogràfiques («Els incendis a les Illes Balears», «Estadístiques dels menors infractors», «Els noms dels nadons», etc.). D'ençà de 1990 ha estat professor de Geografia dels cursos de Reciclatge Lingüístic i Cultural adreçats als mestres de les Illes Balears. Ha col·laborat en la planificació d'equipaments hospitalaris públics per a l'IB-Salut i en diversos estudis autonòmics («PERI del Terreno», «Avaluació de les necessitats assistencials derivades de la reforma de la Llei del Menor», «Estudi de la Joventut de les Illes Balears», etc.). Diversos anys, ha estat coautor del capítol de sanitat de l'Informe econòmic i social de Sa Nostra, i del capítol sobre demografia i llar de la Memòria Econòmica i del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. Ha publicat diversos llibres, com ara, *L'epidèmia de grip de l'any 1918 a les Illes Balears* (1991), *Geografia de les Illes Balears* (1997) i *Geografia física i ambiental de les Illes Balears* (2016 – en impremta) i articles en revistes científiques sobre demografia i el medi ambient de les Illes Balears. Així mateix, ha participat en obres col·lectives, com la *Gran Enciclopèdia de Mallorca* i l'*Atles de les Illes Balears*. En el camp de l'envelliment, a l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears ha publicat els articles següents: «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural», Anuari de l'envelliment de les Illes Balears 2010 (pàg. 17-74); «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears», Anuari de l'envelliment de les Illes Balears 2011 (pàg. 21-77); «La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística», Anuari de l'envelliment de les Illes Balears 2012 (pàg. 49-76), i «Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears», Anuari de l'envelliment de les Illes Balears 2013 (pàg. 103-141); Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat», Anuari de l'envelliment de les Illes Balears 2014 (pàg. 153-182) i «Recuperar la llengua del cor: el coneixement i l'ús de la llengua catalana de la població de 65 i més anys a les Illes Balears» (pàg. 25-62).

En el camp de la narrativa pública, el 2015, la seva primera obra: *Contes contemporanis 1.0*, Lleonard Muntaner Editor.

LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES

La reforma del sistema de pensions

Lluís Ballester Brage

Lydia Sánchez Prieto

Liberto Macías González

Resum

El futur de les pensions és un tema recurrent des de fa dècades, però els darrers anys, els de la crisi, els observadors encara han qüestionat més la viabilitat de les prestacions, o almenys si aquesta continuïtat es manifestarà en els termes a què ens hem avesat. L'etapa recessiva i molt especialment la desocupació han fet que es redueixin dramàticament unes cotitzacions els eventuais excedents de les quals, teòricament, havien de nodrir l'anomenat fons de reserva de la Seguretat Social. Per començar, d'excedents no n'hi ha hagut, més aviat al contrari: la xifra de les prestacions bat rècords i el govern espanyol ha anat buidant l'anomenada «guardiola de les pensions» fins que n'ha deixat la meitat de la quantitat que contenia quan va començar l'última legislatura, l'any 2011. D'aquesta manera, dels 66.815 milions d'euros que contenia fa cinc anys ha passat als 34.221 milions que hi quedaven en tancar l'exercici 2015.

La viabilitat del sistema és tema de debat. La qüestió no implica una dissertació acadèmica, sinó la continuïtat de la societat de benestar social. En aquest article en revisem les dades, els debats sobre el diagnòstic i les propostes més rellevants, tot des de la perspectiva de la realitat de les Illes Balears.

Resumen

El futuro de las pensiones es un tema recurrente desde hace décadas, pero en los últimos años, los de la crisis, los observadores han cuestionado aún más la viabilidad de las prestaciones, o al menos si esta continuidad se manifestará en los términos a los que nos hemos acostumbrado. La etapa de recesión y muy especialmente el paro han hecho que se reduzcan dramáticamente unas cotizaciones, cuyos eventuales excedentes, teóricamente, debían nutrir el llamado Fondo de Reserva de la Seguridad Social. Para empezar, no ha habido excedentes, más bien al contrario: la cifra de las prestaciones está batiendo récords y el gobierno español ha ido vaciando la llamada «hucha de las pensiones» hasta dejar el fondo de reserva a la mitad del volumen con el que comenzó la última legislatura, en 2011. De los 66.815 millones de euros que contenía hace cinco años ha pasado a los 34.221 millones de fondo que quedaban al cierre del ejercicio 2015.

La viabilidad del sistema es tema de debate. La cuestión no implica una disertación académica sino la continuidad de la propia sociedad de bienestar social. En este artículo revisamos los datos, los debates sobre el diagnóstico y las propuestas más relevantes, siempre desde la perspectiva de la realidad de las Islas Baleares.

1. Introducció

A l'hora d'afrontar el procés d'envelliment, actualment la gent gran compta, en general, amb tres recursos bàsics que actuen com una xarxa de seguretat i que li proporcionen un cert benestar: la pensió –encara que sigui baixa–, l'habitatge en propietat i les xarxes familiars (FOESSA, 2014; Moreno, 2012). Aquests tres recursos clau la situen en una posició relativament favorable per afrontar l'envelliment. Quan algun d'aquests tres elements falla o és més feble es produeixen situacions de més vulnerabilitat. Així, la gent gran amb les pensions més baixes (pensions no contributives), sense llar en propietat ni xarxa familiar definiria el sector de la seva edat que pateix més precarietat.

Pel que fa a la pensió, volem destacar-ne diversos elements. En primer lloc, assenyalem que, encara que Espanya gasta en pensions més que molts altres països europeus, continua situada per sota de la mitjana quant a despesa en protecció social a la vellesa. En concret, segons l'Eurostat, el 2011, abans de les reformes, aquesta despesa era de l'11,4% del PIB enfront del 13,4% de la mitjana de la zona euro. En segon lloc, si ens remetem a les dades de la renda anual mitjana de la gent gran, veiem que els últims anys ha augmentat d'una manera força constant en termes relatius, ja que el conjunt de la població s'ha empobrit molt considerablement. És important recordar que la major part de les pensions se situen en els trams inferiors de quantia: el 2016, encara més de dos milions de pensions són inferiors a 500 euros mensuals i el 50,67% del total no arriben als 650 euros, i el tram d'ingressos més freqüents se situa entre els 600 euros i els 645. Finalment, les xarxes familiars són el tercer pilar de la gent gran a l'hora d'afrontar l'envelliment. A l'Estat espanyol, el 2014, el 86,7% de la població considerava que la família és molt important, i, en el cas de la gent gran, aquest percentatge augmenta fins al 87,8%, amb una valoració de 9,6 sobre 10. Aquesta valoració tan positiva es correspon també amb una notable freqüència en la relació de la gent gran en les seves xarxes familiars.

Com podem deduir d'aquesta situació, el sistema de pensions és fonamental per mantenir la qualitat de vida dels perceptors, en especial de la població de més edat. El sistema públic de pensions ha de garantir unes condicions de vida mínimes per a tothom, independentment que alguna contingència (com la jubilació) en limiti la capacitat per generar ingressos. És un element central de l'estat de benestar i en general ho és de la societat del benestar; un mecanisme de cohesió social i solidaritat intergeneracional elemental que hi ha poca gent que s'atreveixi a qüestionar obertament.

Una de les grans conquestes dels treballadors al llarg dels últims segles va ser la seguretat social; no va ser un regal, sinó el fruit de moltes i dures lluites del moviment obrer i dels sectors socials més sensibilitzats de molts països i durant molts anys. Un dels elements fonamentals de la seguretat social són les pensions de jubilació (FEDEA, 2010).

Els treballadors deixen de percebre amb el salari una part del valor del treball, que és ingressada en una «caixa comuna» amb la qual són pagades les pensions de les persones jubilades en aquell moment. En envellir o no poder treballar, arriba el moment de deixar de cotitzar i de percebre una pensió que permeti viure fins al final. Aquest sistema, a Espanya es caracteritza per no guardar en un calaix les cotitzacions de cada persona i invertir aquest capital (sistemes de capitalització), sinó que les cotitzacions d'un determinat moment són utilitzades per pagar els pensionistes d'aquell mateix moment (sistema de repartiment). Aquest sistema és més segur (ningú no especula amb el capital generat) i desenvolupa la solidaritat intergeneracional (els qui treballen ara paguen als qui pagaven abans). Aquest sistema, però, es basa en un equilibri entre cotitzadors i perceptors de pensions que ha resultat alterat per la crisi d'ocupació, entre altres factors que revisarem.

Fins que no varen ser instaurats els sistemes de pensions, els treballadors es veien obligats a treballar fins a l'últim dia de vida, a dependre dels possibles estalvis que haguessin pogut guardar, o dels fills o familiars. Per aquest motiu, la Seguretat Social, com a organisme gestor del sistema de pensions, és un element clau de la societat del benestar. Cal que deixem clar que el sistema és enormement complex, també les pensions contributives (basades en cotitzacions prèvies) i les prestacions no contributives (no vinculades a cotitzacions prèvies i de menys quantia). A més, encara que una bona part dels funcionaris públics estan inclosos en el règim de classes passives de l'Estat (RCPE), a Espanya la gran majoria dels treballadors estan inclosos o afiliats al Règim general de la Seguretat Social (RGSS).

La Seguretat Social, que abona les pensions dels treballadors integrats al RGSS, és un organisme autònom de l'Estat –tot i que n'estableix les regles– i es nodreix de les cotitzacions socials. La base del RGSS és la cotització: com més quantitat i més temps hom cotitza, més dret o més pensió obté, amb uns límits màxims i mínims que poden ser molt significatius. Les pensions del RGSS són calculades a partir de les quanties de les cotitzacions dels últims anys, que a la vegada estan relacionades amb el salari del treballador.

2. Els principals problemes del sistema de pensions?

Tot i les retallades al sistema de pensions públiques que han significat les últimes dues reformes –la del PSOE, el 2011, i la del PP, el 2013–, de cada vegada hi ha més jubilats a Espanya i l'import mitjà que costa mantenir el sistema de pensions augmenta sense límit.

El mes de maig de 2016, la Seguretat Social comptava amb un total de 9.384.016 pensionistes, un augment de més de l'1% respecte del febrer de 2014 (taula 1), el nombre de pensionistes més elevat de la història. L'import mitjà de les pensions de jubilació va pujar més d'un 4%: de 999,8 euros el gener de 2014 a 1.041,15 el maig de 2016, segons dades del Ministeri de Treball i Seguretat Social (MESS, 2016). Aquest increment

s'explica pel fet que les persones que es jubilen aquests anys solen haver cotitzat més que generacions anteriors.

Taula 1 | *Pensions en vigor l'1 de maig de 2016*

	Illes Balears			Diferència amb la pensió a Espanya	Espanya		
	Nombre	%	Pensió mitjana		Nombre	%	Pensió mitjana
Incapacitat permanent	17.761	9,72%	845,43	84,11	936.281	9,98%	929,54
Jubilació	114.441	62,62%	957,44	83,71	5.712.582	60,88%	1.041,15
Viduïtat	44.051	24,10%	578,91	58,44	2.355.188	25,10%	637,35
Orfandat	6.376	3,49%	329,45	45,03	340.462	3,63%	374,48
A favor de familiars	136	0,07%	484,22	40,88	39.503	0,42%	525,10
Total de PENSIONS	182.765	100,00%	833,06	69,25	9.384.016	100,00%	902,31

Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri de Treball i Seguretat Social, 2016

Com podem observar, les diferències entre les pensions mitjanes del conjunt de l'Estat i les de les Illes Balears són significatives. Pel que fa a les de jubilació, la mitjana és un 8,05% més baix, a causa possiblement de les cotitzacions més reduïdes provocades per les característiques del mercat de treball de les Illes Balears (estacionalitat, oferta de treball poc qualificada, empitjorament de l'estabilitat laboral i de les condicions salarials després dels cinquanta anys, etc.).

El 2013, la despesa en pensions va arribar ja al 10% del PIB, un increment d'un punt percentual en tres anys: el nombre de pensionistes va augmentar un 4% i el dels cotitzadors va caure un 3%. Aquesta tendència creixent de les pensions confirma la preocupació per la sostenibilitat del sistema públic de prestacions (Suárez i Desdentado, 2014). Els últims tres anys, el Govern del PP no ha deixat de gastar els recursos del Fons de Reserva per tancar el forat existent entre els ingressos de les cotitzacions i la despesa en pensions. Solament el 2015 va retirar 7.750 milions d'euros del Fons. El problema del sistema s'agreuja a causa dels canvis en el mercat de treball, ja que la gran majoria dels nous llocs de treball són temporals o parcials i normalment tenen salaris més baixos. Això afecta les cotitzacions a la Seguretat Social, perquè molta gent solament pot pagar per la base mínima. Per tant, no podem esperar que en el futur immediat les cotitzacions siguin suficients per finançar les prestacions.

A continuació revisem els principals problemes actuals del sistema de pensions.

Primer: augmenta la taxa de dependència demogràfica (Barr i Diamond, 2012; Plaza, 2016). Segons el «factor d'estabilitat» de la llei actual –previst per a 2027–, cada cinc anys els paràmetres seran revisats segons la mitjana de l'esperança de vida, que és de seixanta-

set anys. Les projeccions de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) estimen, però, que ja el 2032 la taxa de dependència assoliria un valor del 67,8%, amb gairebé set persones inactives per cada deu en edat de treballar (INE, 2016).

Segon: més augment de pensionistes que de treballadors. La grandària de les noves cohorts de població, si no incrementa la immigració, serà més baixa que l'actual, a causa de la important caiguda de la taxa de fecunditat. Conde (2014) ha calculat que la proporció entre afiliats al sistema, ocupats i pensionistes ha caigut un 1,96 % el 2012, i que és quasi impossible tornar al 2,5% de 2007, quan l'envelliment no estava tan avançat. Per aquest motiu, és clar que la reforma de les pensions ha d'anar lligada a la del mercat de treball i a la creació d'ocupació de qualitat.

Tercer: prejubilacions. L'ús indiscriminat de les prejubilacions per resoldre les reformes de diversos sectors econòmics (industrial, financer, telecomunicacions, etc.) ha generat un desequilibri important en el sistema de pensions. Podem considerar que és una injustícia que una persona es pugui retirar en plena capacitat productiva, amb una pensió generosa i sense contribuir a la producció. El sistema afavoreix, per diversos camins i grups no sempre privilegiats, la jubilació anticipada amb l'excusa falsa que d'aquesta manera es crea ocupació per als joves. Per descomptat, els treballadors afectats no en són els «culpables», però els empresaris i polítics responsables d'aquestes decisions sí que els són.

Quart: l'augment de la productivitat no millora la situació. El creixement de la productivitat per persona ocupada sembla important per a la sostenibilitat del sistema, però hom observa que aquests increments solen acabar traslladats als salaris i, per tant, a les pensions (salaries més elevats, pensions més elevades: increment de la despesa), ja que depenen dels salaris durant tota la vida laboral. Ja fa temps que sabem que la despesa en pensions en relació amb el PIB varia poc amb l'augment de la productivitat, fins i tot quan disminueix la generositat del sistema (Alonso i Conde, 2007). Segons aquests autors, el PIB no augmentarà tant com seria necessari per fer front a la despesa en pensions. Encara que la productivitat per persona ocupada augmenti molt, és a dir, sota una hipòtesi molt optimista, en què la productivitat del treball creixi un 1,5% anual (quan ha pujat un 0,8% els últims vint anys) i la taxa d'ocupació augmenti fins al 70% de la població en edat de treballar (no ha arribat al 50%, entre 2012 i 2015), hom calcula que el PIB resultant seria solament 1,8 vegades el de 2010.

Cinquè: dèficit del sistema. La Llei de reforma de les pensions de 2011 únicament va reduir un terç l'augment previst de la despesa en pensions. Fins al 2050, si continuen els processos actuals, la despesa passarà d'un 9% del PIB el 2010 a un 18% el 2050. El dèficit en pensions previst per a 2025 (l'1% del PIB) ha estat superat àmpliament i ha arribat als nivells previstos per a 2025. Entre 2015 i 2050, sembla que la despesa en pensions es duplicarà, ja que tots els qui seran pensionistes el 2050 han nascut ja i els qui tenen més de seixanta-cinc anys arribaran als 15,6 milions.

Com podem observar en aquesta revisió ràpida dels problemes (demogràfics, de mercat de treball, d'ús inadequat de les jubilacions anticipades, etc.), el panorama no és especialment positiu. Les previsions per als pròxims anys tampoc no ho són. Davant aquesta situació i el seu pronòstic, han estat desenvolupades un conjunt de reformes discutibles.

3. Les reformes recents del sistema de pensions (2011-2016)

Amb la Llei 27/2011 sobre actualització, adequació i modernització del sistema de Seguretat Social, hom va abordar una reforma de les pensions –l'última vegada que s'ha fet– basada en el diàleg social. La pretensió d'un retard generalitzat en l'edat de jubilació va ser transformada, per les propostes sindicals i el debat parlamentari, en un sistema flexible d'accés a la jubilació. Aquest sistema permetia que més de la meitat dels treballadors i treballadores es poguessin jubilar amb seixanta-cinc anys i continuar accedint a jubilacions anticipades (des dels seixanta-tres anys) o parcials. El govern següent (del Partit Popular) es va oblidar del diàleg social i, utilitzant el recurs del Reial decret llei (RDL) per a situacions d'urgència, va imposar una nova reforma de les pensions de manera unilateral. Amb el RDL 5/2013 va endurir els requisits i va retallar les prestacions a les jubilacions anticipada i parcial.

A continuació, el desembre del mateix any, amb la Llei 23/2013, el Govern va establir dos factors que retallaran les pensions en el futur: el factor de sostenibilitat i l'índex de revaloració de les pensions. El factor de sostenibilitat (FS) està previst que comenci a ser aplicat l'any 2019, però l'índex de revaloració de les pensions (IRP) ja vigeix des de 2014.

L'índex de revaloració de les pensions és aplicat des de 2014 i tots els pensionistes han vist, i veuran, que les seves pensions no tindran una revaloració automàtica cada mes de gener, d'acord amb la pujada de preus prevista per a engany (IPC), i el 2017 no recuperarà el poder adquisitiu que haurà perdut, si finalment l'IPC de 2016 supera el percentatge d'apujada del 0,25%. L'IRP no és més que la disfressa numèrica de la voluntat del Govern actual de retallar totes les pensions com a solució al problema plantejat. És a dir, l'estratègia per solucionar els problemes és retallar les pensions, retallar la despesa, sense desenvolupar les alternatives de cap manera clara.

Amb l'aprovació –sense consens– d'aquesta llei (23/2013), el Govern del PP va trencar un compromís bàsic acceptat per tothom des de 1995: mantenir el poder adquisitiu de les pensions. Va instaurar una fórmula que, si no és corregida, portarà ineludiblement una pèrdua significativa del poder adquisitiu i no resoldrà les dificultats del sistema de pensions.

Quines són les reformes acumulades al llarg de la reforma desenvolupada des de 2011? Podem resumir-les en tres de fonamentals.

3.1. Edat de jubilació

L'edat ordinària de jubilació, que fins a aquell moment havia estat seixanta-cinc anys, va passar a tenir múltiples opcions, entre els seixanta-cinc i seixanta-set, en funció dels anys de cotització. L'acord de diàleg social va aconseguir modificar la intenció original del Govern d'imposar amb caràcter general per a tots els treballadors la jubilació als seixanta-set anys sense altres alternatives. Així, la reforma que finalment va ser aprovada va establir un nou model de jubilació. Com que abans de 2013 partíem d'una situació en què a la pensió de jubilació podia arribar, en general, en tenir seixanta-cinc anys, hi ha establert un període transitori fins a 2027. Fins que no arribi aquest any, les modificacions que ha introduït la llei seran aplicades progressivament.

Això vol dir que, a partir de 2027, no hi haurà una edat única de jubilació ordinària, sinó que en seran 730; cada persona tindrà la seva. Segons el moment en què els treballadors compleixin els seixanta-cinc anys, si ja tenen acreditats trenta-vuit anys i sis mesos o més de cotització, o quan tinguin més de seixanta-cinc anys i arribin a aquells mateixos anys i mesos de cotització, o, en tot cas, en complir seixanta-set anys.

El 2016, l'interval és de quatre mesos, entre seixanta-cinc anys i seixanta-cinc anys i quatre mesos; progressivament, el 2027, s'hi afegiran dos anys, entre els seixanta-cinc i seixanta-set anys. Els treballadors amb carreres professionals més llargues continuaran mantenint l'edat de jubilació als seixanta-cinc anys, mentre que els que no les tinguin s'hauran de jubilar més tard.

Perquè un treballador pugui jubilar-se han de complir les condicions següents:

- a) Haver complert seixanta-set anys, o seixanta-cinc i acreditar-ne trenta-vuit i sis mesos de cotització, sense tenir en compte la part proporcional corresponent a les pagues extraordinàries. Per fer el còmput dels anys i mesos de cotització, es prendran anys i mesos complets, les fraccions dels quals no seran equiparades a un any.
- b) Tenir cobert un període mínim de cotització de quinze anys, almenys dos dels quals han d'estar compresos en els quinze immediatament anteriors al moment de generar el dret a la pensió. A efectes del còmput dels anys cotitzats, no serà tinguda en compte la part proporcional corresponent per pagues extraordinàries.

3.2. Càlcul de la pensió

El càlcul de la pensió de jubilació ordinària depèn de dos factors: de la quantia de les cotitzacions i del temps cotitzat.

A partir de la reforma de 2013 i les posteriors, la pensió serà obtinguda multiplicant l'anomenada base reguladora (que és calculada en funció de les quanties de cotitzacions fetes) per un percentatge que depèn del nombre de mesos cotitzats.

La base reguladora de la pensió de jubilació, en la modalitat contributiva, és el quocient que resulta de dividir per 350 les bases de cotització del beneficiari durant els 300 mesos (vint-i-cinc anys) immediatament anteriors al mes previ al de la jubilació. És a dir, el període per calcular la base de cotització és ampliat de quinze a vint-i-cinc anys respecte de la normativa anterior, tot i que hi ha un ampli període transitori per aplicar-la.

Normalment, les bases reguladores mensuals són calculades afegint a les retribucions mensuals les parts proporcionals de les pagues extres. Per fer una aproximació a la mitjana de les bases de cotització, el més convenient és mirar les nòmines, ja que des de la primera retallada salarial de juny de 2010 del Govern Zapatero, tot i que es van abaixar els salaris, no es van reduir les bases de cotització i hi ha situacions molt diverses.

3.3. Revalorització anual de les pensions

La Llei 23/2013 de retallades de les pensions va establir dos factors: el factor de sostenibilitat i l'índex de revaloració de les pensions. Com hem dit abans, és previst que el factor de sostenibilitat (FS) comenci a ser aplicat l'any 2019, però l'índex de revalorització de pensions (IRP) és vigent des de 2014.

L'índex de revaloració de les pensions és aplicat cada any des de 2014 i afecta les pensions de classes passives (funcionaris) en la mateixa mesura que les de Seguretat Social. Des de 2014, tots els pensionistes ja han vist, i veuran, que les seves pensions no tindran una revaloració automàtica cada mes de gener d'acord amb la pujada de preus prevista per a enguany (IPC).

3.4. Té futur el sistema de pensions?

El futur de les pensions és un dels temes més urgents, encara que ha quedat en un segon pla del debat polític. L'esquerra proposa finançar una part de les prestacions a través del pressupost general de l'Estat, és a dir, amb els impostos, en comptes de carregar-ho tot a les cotitzacions de treballadors, empreses i autònoms. Dels 9.384.016 de prestacions, a més de les pensions de jubilació, 2.355.188 corresponen a pensions de viduïtat (25,10%); 936.281 són pensions per incapacitat permanent (9,98%), i 340.462 són d'orfandat (3,63%). Treure aquestes prestacions de la caixa tancada de la Seguretat Social és l'opció que estudia l'esquerra per equilibrar el sistema. Sembla, però, que hi ha una alternativa més sostenible a llarg termini: crear més i millors llocs de treball, és a dir, augmentar els cotitzadors, reequilibrar la relació entre cotitzacions (ingressos) i despeses (despeses).

Defensar que el sistema públic actual, que ha funcionat molt bé fins ara, és insostenible és amagar un conflicte distributiu important. Als problemes que hem apuntat anteriorment, hi hem d'afegir el de la deslocalització de l'activitat productiva o la pressió exercida per part del sistema financer, interessat a promocionar els sistemes privats de pensions. És a dir, no és un problema que ens trobem sense que hi hagi agents interessats que es produeixi. Les últimes dues dècades, l'oportunitat de negoci que ofereix la cobertura d'aquesta necessitat des del sector privat (fons privats de pensions) s'ha convertit en un objectiu estratègic per a sectors importants. Com sempre, entre el dret i el negoci sorgeix un conflicte inevitable que cal tenir en consideració per entendre el diagnòstic i les reformes de pensions que són proposats a l'Estat.

Així les coses, entenem, per exemple, que hi hagi institucions estatals i internacionals que reiterin missatges alarmistes sobre la suposada insostenibilitat del sistema públic de pensions actual. Els responsables que sigui viable proclamen la fallida imminent del sistema. N'hi ha que es dediquen a generar una por que es converteix en contractacions de plans de pensions privats, els quals alimenten importants fons de pensions de milers de milions d'euros anuals, alhora que en legitimen la subvenció amb diners públics, fonamentalment per la via d'incentius fiscals.

El discurs que hi ha plantejat se centra en una part dels fets: la pèrdua creixent de proporció entre pensionistes de diversos tipus i persones ocupades (cotitzadors), juntament amb la també creixent esperança de vida, determina la no viabilitat del sistema públic de repartiment actual. El tòpic és que resulta impossible que el nombre de treballadors actual pugui finançar les pensions d'un nombre de cada vegada més elevat de persones, les quals, a més, viuen de cada vegada més anys. L'única alternativa –continua el discurs parcial– és assumir una retallada en les prestacions, tant en l'import com en la durada (allargar l'edat de jubilació). És una lògica aparentment aclaparadora, però parcial. Hem vist que hi ha altres factors que distorsionen la situació, com ara la creació d'ocupació molt precària, l'ús inadequat de les jubilacions anticipades per resoldre els problemes de les grans empreses de sectors econòmics reformats, etc. Aquests altres factors no són inclosos en el discurs simplificat, de manera que les «solucions» es basen en un diagnòstic completament parcial i, per tant, erroni: són identificats mecànicament els desequilibris en el sistema de pensions amb un excés de les despeses. Sembla que l'única manera de fer viable el sistema és reduir la despesa (García, 2012; Monereo i Fernández, 2014). Hi ha, però, altres qüestions que cal plantejar: el consum de reserves és provocat per una despesa excessiva o per uns ingressos insuficients? Les dades no assenyalen de cap manera una despesa excessiva.

Segons l'Eurostat, la despesa pública en pensions sobre el PIB, a Espanya, se situa més de dos punts percentuals per sota de la mitjana de la UE, la qual cosa significa que la pensió contributiva mitjana anual al nostre país és al voltant d'un 25% més baixa que l'europea, i que la no contributiva suposa gairebé un 50%. L'arrel del problema, per tant, és l'escassetat

d'ingressos: la desocupació, el treball precari (per hores, amb baixes retribucions, etc.), la política de devaluació salarial, així com les múltiples mesures que rebaixen les cotitzacions empresarials són els elements que afecten les bases financeres del sistema. La lògica de l'austeritat, que se suposa que ha de resoldre el problema, en realitat l'ha agreujat, ja que ha reduït cotitzadors i cotitzacions, situació que fa perillar el sistema de pensions.

4. Quines mesures podrien fer viable i sostenible el sistema de pensions?

Revisem quines són les opcions actuals per recuperar la viabilitat del sistema. Les pensions públiques són finançades amb les cotitzacions socials que paguen les empreses i els treballadors; aquests són els ingressos d'on surt, cada mes, la pensió dels jubilats i d'altres pensionistes. El problema sembla que és que cada any augmenta el nombre de pensionistes i que viuen durant molts anys, mentre que el nombre de treballadors creix més a poc a poc (i, en èpoques de recessió, decreix) i els salaris augmenten poc o esdevenen precaris. Al final, d'aquí a no gaires anys, els ingressos de la Seguretat Social no seran suficients per cobrir el pagament de les pensions. El sistema té un problema de sostenibilitat.

Les solucions proposades són molt diverses: allargar l'edat de la jubilació (més anys pagant i menys cobrant), reduir les pensions (calcular la pensió comptant més anys de cotització o fent que sigui un percentatge més baix del salari, per exemple) o augmentar les cotitzacions socials (això no sembla que sigui gaire aconsellable, en un país amb una taxa de desocupació d'un 20%). A més, hi ha altres solucions: reduir altres despeses (jubilacions anticipades, per exemple), finançar una part de les pensions amb altres impostos sobre el benefici empresarial, entre d'altres. A continuació revisarem les principals opcions que han estat proposades els darrers anys (FEDEA, 2010).

Primera: crear més ocupació de qualitat. Per Susino, Sánchez i López (2016, 147): «lo relevante desde el punto de vista de la sostenibilidad del sistema de pensiones es el empleo formal, que cotiza, no cualquier tipo de empleo». Si creem més llocs de treball de qualitat, evitarem el desequilibri del sistema. Sembla evident que hi ha una alternativa sostenible a llarg termini: crear més llocs de treball i millors. És cert que la població de cada vegada és més gran, però la clau és el mercat de treball: limitar o evitar les deslocalitzacions, incentivar que els beneficis siguin reinvertits a millorar l'activitat econòmica, prohibir els paradisos fiscals (no evadir impostos significa incrementar l'activitat econòmica a l'Estat), etc.

Segona: l'edat real de jubilació s'ha d'acostar a l'edat legal. Amb les jubilacions anticipades, l'edat mitjana d'accés a la jubilació no arriba a la legal. Tot i les reformes aprovades amb l'objectiu de perllongar la vida laboral, l'edat real de jubilació a l'Estat no solament no apuja, sinó que ha abaixat els dos últims anys. Segons els pressupostos de la Seguretat Social, l'edat real de jubilació va ser de 64,1 anys la primera meitat de 2015, inferior

als seixanta-cinc i tres mesos establerts com a edat legal l'1 de gener passat. Segons l'estadística (MTAS, 2016), de les 152.919 altes de jubilació que hi va haver la primera meitat de 2015, més de 67.000, el 44% del total, van ser anticipades. D'aquestes, 48.408 han estat amb coeficient reductor, és a dir, renunciant a cobrar el 100% de la pensió que els correspondria. No obstant això, d'aquestes 48.408, la majoria, més de 31.000, no han estat voluntàries.

L'edat mitjana real de jubilació mai no ha arribat als seixanta-cinc anys, ja que les prejubilacions desequilibren constantment el límit d'edat. De moment, no hi ha cap solució adequada a aquest problema, ja que és ben necessari reformar determinats sectors econòmics, que generen desocupats que tenen més de cinquanta anys i que, per això, són mals de reubicar en el mercat de treball. Per aquest motiu, hi ha molts analistes que proposen no fer front directament a aquest problema, sinó replantejar la regulació i avançar l'entrada en vigor del «factor de sostenibilitat» que la reforma de 2011 planteja per a 2027. Devesa i altres (2015) estimen que solucionar aquest problema és molt difícil, ja que, segons el paràmetre que sigui ajustat, el risc recau sobre els pensionistes o els cotitzadors, i és difícil trobar l'equilibri:

- si són ajustats els anys cotitzats o l'edat de jubilació, els perjudicis recauen sobre els futurs pensionistes;
- si són ajustats els desequilibris per la part de la revaloració de les pensions, els perjudicis recauen sobre els pensionistes existents; i,
- si s'apuja el tipus de cotització, per equilibrar les distorsions derivades de les jubilacions anticipades, els perjudicis recauen sobre els cotitzadors actuals.

L'opció que sembla més viable és una combinació de diverses actuacions. Proposen: augmentar progressivament l'edat real de jubilació fins als setanta anys el 2047 o incrementar els anys cotitzats fins a 42,5, o reduir la pensió inicial un 21%. Probablement, l'opció que serà desenvolupada a la majoria de països europeus és una combinació més moderada de les tres mesures. En qualsevol cas, no és just que la majoria es jubili a seixanta-set anys i que una minoria substancial ho faci abans de tenir-ne seixanta, la qual cosa desequilibra el sistema. Com hem dit abans, no és culpa dels treballadors afectats, sinó dels responsables de les contradiccions del mercat de treball.

Tercera: usar impostos és una bona opció? En el cas que la represa de la contractació no es consolidés o no fos suficient, convé no descartar que les aportacions necessàries per fer sostenible el sistema puguin sortir dels pressupostos generals de l'Estat (PGE). Al marge que l'esquerra ho plantegi, hi ha autors rellevants que insisteixen en la necessitat de desenvolupar aquesta opció. Per exemple, Zubiri (2012, 96) planteja: «Atès que augments

moderats de les cotitzacions no resoldran els problemes financers de les pensions, la manera essencial d'aportar els recursos addicionals que necessita el sistema de pensions han de ser els impostos». De fet, una part del sistema de pensions ja és finançat amb impostos a partir dels pressupostos generals de l'Estat: són les pensions no contributives (PNC), les prestacions derivades de la Llei de dependència (MTAS, 2006), i d'altres.

La Fundació de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) insisteix en un estudi recent (López-Laborda, Marín i Onrubia, 2016), segons el qual cal tenir en compte que les prestacions públiques, com són les pensions i les prestacions per desocupació o malaltia, redueixen la desigualtat de la renda primària de les llars prop d'un 30%. Però, el resultat final continua essent molt dur: a un 40% de les llars els queda una renda neta mitjana inferior als 12.118 euros anuals de mitjana; a més, un 1% (182.665 llars) disposa de més renda neta (un 4,9% de tota la renda de l'Estat) que el conjunt del 20% de llars més pobres (3,65 milions de llars de l'Estat). Aquestes dades serveixen per contextualitzar el paper de les pensions (de jubilació i d'altres tipus) i el dels impostos per finançar-les: les pensions serveixen per garantir rendes i moderar la pobresa, en els casos de més precarietat, a més de millorar la cohesió social. Per tant, si hem de cercar alternatives perquè siguin sostenibles, encara hi ha importants sectors socials molt afavorits que no aporten els impostos que ajudarien a fer viable el sistema.

Hi ha altres autors que dubten que aquesta sigui una solució per al sistema. Díaz-Giménez (2014) mostra que és preferible desenvolupar altres reformes, com ara endarrerir l'edat real de jubilació i canviar el sistema de càlcul, abans que finançar les pensions amb impostos. Estima que si l'any 2010 s'hagués ajornat l'edat de prejubilació dels seixanta anys als seixanta-tres i la de jubilació dels seixanta-cinc als seixanta-vuit, el sistema hauria estat sostenible més de quaranta anys.

Quarta: ampliar el període de càlcul és una opció? Conde (2013) planteja l'opció d'una transició des del sistema actual de contribució definida (límit d'anys igual per a tothom) al de contribució variable (anys de cotització reals de cada treballador), com en altres països europeus, atès que tant la demografia com el mercat de treball estan subjectes a molta incertesa a llarg termini. Creu que la pensió ha de dependre de totes les cotitzacions fetes i que s'ha d'ajustar en funció de l'edat real de jubilació i de l'esperança de vida de cada cohort. Argumenta que un sistema d'aquesta naturalesa donaria flexibilitat a la jubilació sense posar-ne en risc la sostenibilitat, però no sabem si ens trobaríem amb un sistema injust des d'una perspectiva intergeneracional. Suposem que és aplicada la proposta, aparentment tan lògica i eficient, que la pensió és calculada amb les cotitzacions socials de tota la vida laboral d'una persona. Doncs bé, actualment condemnem els joves a molts anys de treball precari, sous baixos, oportunitats escasses i llargs períodes de desocupació, que significaran pensions molt baixes en el futur. I això significa que els privilegiats actuals cobrarien pensions privilegiades i els altres, pensions de misèria.

Els dubtes no han de significar que aquesta opció hagi de ser descartada completament, però sí que cal estudiar la manera com neutralitzar-ne els efectes negatius, tant des del punt de vista de la solidaritat intergeneracional com de la desigualtat entre classes socials, i considerar la manera com es podrien assolir els efectes reals de redistribució.

En qualsevol cas, som davant d'un problema que afecta tota la societat, incloent-hi els qui encara no han nascut o els qui no han arribat a l'edat de treballar, perquè parlem no únicament de l'edat a què nosaltres ens podem jubilar i de la pensió que cobrarem, sinó dels impostos, deutes i serveis públics futurs, dels nostres i dels qui vindran.

En resum, és molt necessari reformar el sistema de pensions actual; és bastant urgent i el procés ha de ser precedit d'un debat obert, tant en el marc de negociació de les restes que queden del Pacte de Toledo, com entre tots els agents de la societat civil.

Referències bibliogràfiques

Alonso, J. i Conde, J. I. (2007). Reforma de las pensiones: la experiencia internacional. *Información Comercial Española, ICE. Revista de Economía*, 837, 179-194.

Barr, N. i Diamond, P. (2012). La reforma necesaria: el futur de las pensiones. Madrid: El Hombre del Tres.

Conde, J. I. (2014). ¿Qué será de mi pensión? Cómo hacer sostenible nuestro futuro como jubilados. Barcelona: Península.

Conde, J. I. (2013). Los retos del factor de sostenibilidad de las pensiones: presente y futuro. *Documentación laboral*, 99, 21-34.

Devesa, J. E., Devesa, M., Domínguez, I., Encinas, F. B., Meneu, R., i Alonso, J. (2015). Reformas de los sistemas de pensiones en la Unión Europea. Madrid: Aranzadi.

Díaz-Giménez, J. (2014). *El futuro de las pensiones españolas*. Madrid: Instituto BBVA de Pensiones.

FEDEA (2010). Hacia un sistema público de pensiones sostenible, equitativo y transparente. Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada. Recuperat de: http://www.fedea.net/propuestas_b/pensiones/pdf/propuesta_pensiones.pdf.

FOESSA (2014). *Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.

García, M. A. (2012). Presente y futuro del sistema de pensiones español. *Economistas*, 30(131), 163-167.

INE (2016). Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperat de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp270%2F2009-2049&file=pcaxis&L=>

López-Laborda, J., Marín, C., i Onrubia, J. (2016). Observatorio sobre el reparto de los impuestos entre los hogares españoles, junio 2016. Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada. Recuperat de: <http://econpapers.repec.org/paper/fdafae/eee2016-21.htm>

MESS (2016). Estadísticas de las prestaciones de la Seguridad Social y otras prestaciones. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Recuperat de: http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/prestaciones_SS_otra_proteccion/PEN/

Monereo, J. L. i Fernández, J. A. (2014). La sostenibilidad de las pensiones públicas: Análisis de la Ley 23/2013, de 23 de diciembre, reguladora del factor de sostenibilidad y del índice de revalorización del sistema de pensiones de la seguridad social. Madrid: Tecnos.

Moreno, L. (2012). Crisis y Estado del Bienestar. La Europa Asocial. Barcelona: Península.

MTAS (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Plaza, J. L.T. (2016). Las reformas de los sistemas de pensiones: crisis económica y factor demográfico. *Revista de Administración Pública*, 2016, 61-102.

Suárez, B., I Desdentado, A. (2014). El sistema público de pensiones: crisis, reforma y sostenibilidad. Valladolid: Lex Nova-Thomson Reuters.

Susino, J., Sánchez, M., i López, J. (2016). El envejecimiento como problema social en Europa. Dins Trinidad, A. i Sánchez. M. *Marcos de análisis de los problemas sociales. Una mirada desde la sociología* (pp. 142-158) Madrid: Los libros de la catarata.

Zubiri, I. (2012). Reforma y sostenibilidad del sistema de pensiones: una valoración crítica. *Economía Española y Protección Social*, 4, 59-105.

Autors

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Doctor en Sociologia (UAB) i en Filosofia (UIB) i diplomat en Treball Social (UIB). Ha fet feina com a educador social i treballador social a l'Ajuntament de Palma, al Ministeri de Justícia, a Càrites i al Consell de Mallorca. De 1988 a 1996 va ser responsable del Departament de Planificació i Estudis de l'àrea de Benestar Social i Sanitat del Consell de Mallorca.

Des de 1997 és professor de Mètodes d'Investigació a la Facultat d'Educació de la UIB. De 2007 a 2011 va ser el director de l'Institut de Ciències de l'Educació.

Coordina, juntament amb el professor Josep Lluís Oliver, el seguiment i assessorament del Programa sobre pobresa infantil i familiar (la Caixa) per a les Illes Balears. Forma part del Grup d'Investigació i Formació: Educació i Societat (GIFES-UIB). També forma part, des de fa més de deu anys, del Grup d'Estudi de la Prostitució a les Illes Balears (GEPB), de Prosocial i de la comissió permanent de la Red de Jóvenes e Inclusión Social, formada per cinc universitats i vuit entitats socials de l'Estat.

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Experta en Intervenció en qualitat de vida de gent gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distància. És psicòloga general sanitària. És professora associada del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, i imparteix l'assignatura de Gerontologia Educativa. Treballa com a psicoterapeuta a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda) des de 2010 i a Centre Es Pla des de 2016.

Ha treballat com a tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal des de 2008 fins a 2013. Ha coordinat el Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB. Ha tutoritzat i coordinat cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència, tant presencials com en línia. La seva línia principal de recerca és la violència de gènere en les dones grans i trastorns de la conducta alimentària. És secretària de *l'Anuari de l'envelliment de Illes Balears* des de 2009.

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Formació en dependència i promoció de l'autonomia. Expert universitari en Intervenció en Qualitat de Vida de Persones Grans per la UNED (2013). Diploma d'Estudis Avançats en Ciències de l'Educació per la UIB (2013).

Actualment és el coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) i participa en una comissió de treball de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca en representació de la UOM.

Ha participat en diversos congressos nacionals i internacionals. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) per part de les persones grans, les relacions intergeneracionals en l'educació, l'aprenentatge permanent i la qualitat de vida de les persones grans.

El treball *La importancia de tener buena salud en la autovaloración de la calidad de vida. El ejemplo de los alumnos mayores de las Islas Baleares*, va ser seleccionat i publicat a l'European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education.

**DE SERVEIS SOCIALS,
AJUDA A DOMICILI I
DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS**

De Serveis Socials, ajuda a domicili i dependència a les Illes Balears

Juan Manuel Rosa

Director general de Dependència

Conselleria de Serveis Socials i Cooperació.

Govern de les Illes Balears

Resum

Quin és l'origen dels serveis d'ajuda a domicili (SAD)? Quan va aparèixer el SAD com a prestació específica de dependència? Per què va fracassar el SAD d'alta intensitat? Aquestes són algunes de les preguntes que es responen en aquest article, el qual justifica l'impuls que la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació vol donar al SAD, un servei comunitari bàsic però que no s'ha desenvolupat com a prestació de dependència de manera general a la nostra comunitat fins a enguany.

L'article repassa la història del Servei d'Ajuda a Domicili des dels seus inicis, als anys vuitanta, fins a l'actualitat, en què s'ha passat d'una implantació anecdòtica a quasi la generalització del servei en tot el territori per a les persones amb dependència. L'aposta actual per un plantejament integrador de la Llei de dependència i l'entesa amb les administracions insulars i les municipals han fet possible que no s'hagi de crear un servei paral·lel al que ja ofereixen els ajuntaments. En les pàgines següents es posa de manifest com el nou equip de Govern ha reorientat la intensitat de cobertura i els perfils de la persona amb dependència des de la prestació de l'ajuda a domicili, una mesura que es reflecteix tant en l'augment d'hores que s'ofereixen com en la cobertura de la població, tot això amb un esforç econòmic important per a la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació.

Com a conclusió, l'article reflexiona sobre com aquest canvi en la gestió del Servei d'Ajuda a Domicili hauria de permetre reorientar-lo cap a intervencions de promoció de l'autonomia personal i cap a altres col·lectius, com el de les famílies.

Resumen

¿Cuál es el origen de los servicios de ayuda a domicilio (SAD)?, ¿cuando apareció el SAD como prestación específica de dependencia?, ¿por qué fracasó el SAD de alta intensidad? Estas son algunas de las preguntas que se responden en este artículo, que justifica el impulso que la Conselleria de Servicios Sociales y Cooperación quiere dar al SAD, un servicio comunitario básico, pero que no se ha desarrollado como prestación de dependencia de manera general a nuestra comunidad hasta este año.

El artículo repasa la historia del Servicio de Ayuda a domicilio desde sus inicios, en los ochenta, hasta la actualidad, en que se ha pasado de una implantación anecdótica a casi la generalización del servicio en todo el territorio para las personas con dependencia. La apuesta actual por un planteamiento integrador de la Ley de dependencia y la entente con las Administraciones Insulares y las municipales han hecho posible que no se tenga que crear un servicio paralelo al que ya ofrecen los Ayuntamientos. En las páginas siguientes se pone de manifiesto como el nuevo equipo de Govern ha

reorientado la intensidad de cobertura y los perfiles de la persona con dependencia desde la prestación de la ayuda a domicilio, una medida que se refleja tanto en el aumento de horas que se ofrecen como en la cobertura de la población, todo esto con un esfuerzo económico importante para la Conselleria de Servicios Sociales y Cooperación.

Como conclusión, el artículo reflexiona sobre como este cambio en la gestión del Servicio de Ayuda a domicilio tendría que permitir reorientarlo hacia intervenciones de promoción de la autonomía personal y hacia otros colectivos, como el de las familias.

1. Introducció

L'aprovació i desenvolupament de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (*en endavant, Llei de dependència*) ha provocat reflexions, no sols de caràcter polític o econòmic sinó també entorn a la gestió dels serveis socials. Amb aquest article vull abordar el posicionament que des de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació tenim respecte de la relació dels serveis socials i dependència i en concret respecte del servei d'ajuda a domicili (SAD). Hem triat l'ajuda a domicili donada la seva importància, la seva identitat clara com a servei comunitari bàsic i perquè no s'ha desenvolupat com a prestació de dependència de forma general a la nostra Comunitat fins a enguany.

Per aconseguir-ho, l'article recorre a la conceptualització dels serveis socials que permet orientar i entendre aquest sistema de protecció, el naixement de la Llei de dependència, la realitat del SAD a les Illes Balears i la visió que des de la Conselleria tenim de la gestió que cal fer.

2. L'objecte dels serveis socials

L'objecte d'atenció dels serveis socials, històricament, ha pendulat entre una definició que ho identificava a partir de col·lectius vulnerables (els marginats) i una definició centrada en les aspiracions col·lectives d'una societat (benestar social). Ambdues definicions van ser superades en la dècada dels anys 80 del segle passat, identificant-se alhora, les **necessitats socials** com l'objecte dels serveis socials.

El concepte de necessitat social ha permès configurar el que avui coneixem com el món dels serveis socials a l'Estat espanyol. Ha permès superar la restricció que suposava la definició per col·lectius, deixant clar que els serveis socials també s'adrecen a la població general i no només als col·lectius marginals. I ha permès trobar un espai propi, diferenciat dels de

salut, educació, habitatge, treball i pensions, en el qual poder contribuir en la consecució del benestar social de la població d'un estat.

Aquesta nova concepció dels serveis socials ha fet que determinats recursos o prestacions que en un temps eren serveis socials hagin deixat de ser-ho:

- Serveis educatius. Guarderies i algunes escoles pont per a nins gitanos, beques per als infants amb menys recursos, etc.
- Serveis de salut. Els serveis de salut per als pobres desapareix a partir de 1986, amb l'entrada en vigor de la Llei nacional de salut i amb la derogació definitiva el 1992 de la darrera Llei de beneficència de 1849. Les conseqüències d'aquests dos fets legals provoca que centres com els hospitals psiquiàtrics, els hospitals generals o provincials i alguns que avui tenen funcions sociosanitàries passin a dependre de les àrees de salut (a Mallorca, tot depenia de l'antiga diputació, avui Consell Insular, i estaven clarament identificats els serveis afectats per l'empresa pública que els gestionava, GESMA) amb l'objecte de crear serveis de salut per a tota la població.
- Serveis d'habitatge. Deixen de ser gestionats des dels serveis socials els parcs d'habitatges per passar a fer-se'n polítiques d'habitatges no sols per a persones pobres, sinó com a intervencions de rehabilitació de barris, anivelladores dels preus de mercat lliure. Malauradament, encara ara, no s'ha arribat a normalitzar aquesta situació. A Palma podem observar com un barri sencer, el barri número 78 (Son Riera o popularment conegut com a Son Banyà), totes les seves cases són propietat dels serveis socials municipals. No és un fet que sols passi a la nostra comunitat, també podem trobar altres exemples a la geografia espanyola.
- Serveis de treball i sobretot programes mediadors entre la persona aturada i el mercat de treball passaren dels serveis socials als serveis d'ocupació, especialment, aquells programes que tenien l'especificitat d'anar adreçats a determinats col·lectius (alcohòlics, sense sostre, persones amb discapacitat, etc.).
- Les pensions. Desaparició dels fons nacionals d'assistència social per integrar-se en pensions no contributives (PNC) a principis dels anys 90. Aquest nivell de protecció, encara ara, depèn de la gestió dels serveis socials de les comunitats autònomes.

Fruit d'aquesta concepció, és quan també comencen a aparèixer i configurar-se nous programes de serveis socials. Amb l'objecte de donar suport a les unitats de convivència (famílies) van prenent cos des dels anys 80 els serveis d'ajuda a domicili. Van adreçats a dos col·lectius, principalment: les persones majors i les persones amb discapacitats que viuen a casa i que hi pretenen seguir vivint. Per tant, és un servei que té per objecte donar suport

a les unitats de convivència perquè aquestes continuïn sent l'espai de vida, evitant que les necessitats s'hagin d'atendre des de serveis residencials.

Aquesta visió de l'ajuda a domicili es conforma a tot l'Estat espanyol i la prestació del servei s'unifica entorn els serveis socials comunitaris dels ajuntaments. Podem observar com totes les lleis de serveis socials de les 17 Comunitats Autònomes reconeixen el servei d'ajuda a domicili i l'identifiquen amb els ajuntaments. Les transferències inicials de l'IMERSO cap a les CA i les posteriors transferències des dels organismes autonòmics cap als ajuntaments (en el nostre cas, des de l'IBAS cap als ajuntaments). Tot aquest procés s'ha alimentat econòmicament amb els convenis específics inicials i els derivats del Pla Concertat de Prestacions Socials Bàsiques.

3. La Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

La Llei de dependència vol cobrir les necessitats de suport d'una altra persona per realitzar les tasques de la vida diària, per tant, la dependència d'un altre per viure de manera independent. Per aquest motiu, la valoració de la dependència se centra en les capacitats de les persones per realitzar aquestes tasques. Quines?

1. Menjar i beure (reconèixer els aliments, tallar-los, emprar coberts, etc.).
2. Higiene personal relacionada amb la micció i defecació (fer-ho al lloc adequat, netejar-se, manipular la roba, etc.).
3. Rentar-se (obrir i tancar les aixetes, rentar-se les mans, accedir a la dutxa, etc.).
4. Altres cures corporals (pentinar-se, tallar-se les ungles, rentar-se les dents, etc.).
5. Vestir-se (reconèixer i arribar a la roba adequada, calçar-se, etc.).
6. Manteniment de la salut (demanar ajuda, aplicar les mesures terapèutiques, evitar riscos per a la salut, etc.).
7. Canviar i mantenir la posició del cos (mantenir-se assegut, canviar de postura d'assegut a dempeus, etc.).
8. Desplaçar-se per dins de la pròpia casa (realitzar diferents desplaçaments dins de la llar).
9. Desplaçar-se per fora de la casa (realitzar diferents desplaçaments al voltant de la llar).
10. Fer tasques de la llar (preparar menjar, fer la compra, netejar la llar, etc.).
11. Prendre decisions (decidir sobre l'alimentació, la higiene, els desplaçaments, etc.).

A partir de la valoració, que permet classificar la dependència per graus d'afectació la Llei estableix un catàleg de serveis i prestacions econòmiques per atendre la pèrdua d'autonomia:

Serveis:

1. Teleassistència.
2. Ajuda a domicili.
3. Centres de dia/nit.
4. Servei residencial.

Prestacions econòmiques:

1. Ajuda econòmica de cures a l'entorn familiar.
2. Ajuda econòmica vinculada a servei.
3. Ajuda econòmica per assistent personal.

Quin era l'escenari a les Illes Balears a l'entrada en vigor de la Llei de dependència?

L'**accés** als serveis que anomenem de dependència s'ha fet des dels anys 80 pels ajuntaments i s'ha reconegut com a competència pròpia dels serveis socials municipals per la normativa de serveis socials de la nostra comunitat autònoma. Per accedir a l'ajuda a domicili, teleassistència, a un centre de dia o una residència, els ciutadans s'adreçaven als serveis socials municipals.

La **gestió** de les prestacions de la Llei de dependència dibuixava un mapa una mica més complex. La Llei 14/2001, de 29 d'octubre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de serveis socials i Seguretat Social, havia ordenat que totes les residències per a persones majors i persones amb discapacitat, tant assistides com vàlides, mantingudes pel Govern de les Illes passaven a dependre i a gestionar-se pels consells insulars. En virtut d'aquesta Llei, es transfereixen als consells insulars: les residències i els centres de dia per a persones majors; les residències, els centres de dia, els centres ocupacionals i els habitatges tutelats per a persones amb discapacitat.

Per tant, la majoria de les places residencials de la nostra comunitat passen a ser gestionades pels consells insulars des de la Llei 14/2001.

Els ajuntaments prestaven ajuda a domicili, centres de dia, teleassistència i residències en funció de les voluntats municipals.

4. Gestió de serveis socials

Taula 1 |

	Ajuntaments	Consells Insulars	Govern de les Illes
Ajuda a domicili	Tots	No	No
Teleassistència	Majoritàriament	No	No
Centres de dia	Si. Desigual	Si	No
Residències	Si. Desigual	Si	No

En aquest escenari de gestió i repartiment competencial entre les tres administracions, des del Govern es fa un plantejament integrador de la posada en marxa de la Llei de dependència dins de la xarxa de serveis socials. És a dir, s'aposta per no crear una xarxa paral·lela de serveis socials a la ja existent.

A partir d'aquesta idea es dibuixa el sistema de dependència com a part integrant dels serveis socials:

Taula 2 |

	Ajuntaments	Consells Insulars	Govern de les Illes	Iniciativa Privada
Sol·licitud de reconeixement de la dependència	Serveis socials comunitaris			
Valoració de la dependència		Equip de valoració dels consells insulars		
Resolució de reconeixement de la dependència			Conselleria de Serveis Socials	
Pla individual d'atenció al dependent (PIA)	Serveis socials comunitaris			
Resolució de prestació			Conselleria de Serveis Socials	
Proveïdor de serveis	SAD, centres de dia i residències	Centres de dia i residències	Prestacions econòmiques i residències interinsulars	SAD, teleassistència, centres de dia, residències
Ordenació, finançament del sistema			Conselleria de Serveis Socials	

5. Situació del SAD a Balears¹

El servei d'ajuda a domicili a les Illes depèn íntegrament dels ajuntaments (o mancomunitats d'ajuntaments) i atén aproximadament unes 5.600 persones. Això suposa una taxa de cobertura superior al 5,3 % de les persones majors de 65 anys.

¹ Dades extretes de l'informe "Situació actual del servei d'ajuda a domicili. 2014" sobre informació consolidada de l'any 2012, del Servei de Planificació Social de la Direcció General de Serveis Socials de la CAIB.

El perfil de persones ateses segueix sent les persones majors, de manera molt majoritària, seguit de les persones amb discapacitat. També es presta servei a famílies amb fills, encara que estadísticament és poc significatiu.

La taxa de cobertura de l'ajuda a domicili respecte de la població major de 65 anys per illes és la següent:

Taula 3 |

	Taxa cobertura
Mallorca	4,10%
Menorca	13,10%
Eivissa	1,68%
Formentera	2,37%
Illes Balears	5,31%

Com podem veure, les diferències per illes són molt importants. Menorca presenta un nivell de cobertura extraordinari cobrint a més del 13 % de la població major i Eivissa no arriba ni al 2 %. En canvi, trobem els ajuntaments amb menor taxa de cobertura a Mallorca: Son Servera (0,24 %), Artà (0,43 %) i Manacor (0,89 %).

El pressupost de l'ajuda a domicili municipal ascendeix a 8.413.962 €, quantia que suposa un 42 % del total de la despesa dels serveis socials comunitaris bàsics segons les dades de l'informe "*Situació actual del servei d'ajuda a domicili. 2014*" del Servei de Planificació Social de la Direcció General de Serveis Socials de la CAIB.

Després d'un any es donen prop de les 323.000 hores d'intervenció del servei d'ajuda a domicili, de les quals el 86 % responen a actuacions de cura i atenció personal i el 14 % restant a atenció de tasques domèstiques. La intervenció mitjana per cas se situa entre les 15 i 22 hores mensuals. Excepcionalment (als municipis grans) el servei d'ajuda a domicili es presta fora de l'horari administratiu.

Taula 4 |

Resum sobre el SAD municipal	
Persones amb SAD municipal	5.607
Índex de cobertura	5,31 %
Pressupost destinat al SAD municipal (segons dades del Pla de Prestacions Bàsiques)	8.413.692,03 €
Nombre mitjà d'hores anuals d'atenció directa segons treballador/ora familiar (TF)	Entre 780 hores i 1.200 hores anuals per TF
Cost mitjà per hora de servei	Entre 10,32 € i 21,52 €
Nombre de treballadors/ores familiars	520 - 530

La gestió del servei es realitza, majoritàriament, des dels propis ajuntaments, el 73,3 %, i la resta (26,7 %), han optat per la gestió mitjançant una empresa de serveis.

Taula 5 |

Tipus de gestió del SAD municipal				
	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
Gestió pròpia (*)	37 municipis i 1 Mancomunitat	4	2	1
Gestió externa	7 municipis i 1 Mancomunitat	4	4	0

Les ordenances municipals són les que regulen els requisits, el preu i les condicions d'accés a la prestació del SAD. Reglamenten el funcionament del servei i la tarifa que la persona usuària ha d'assumir per rebre el servei. La majoria de municipis disposen d'un sistema de copagament reglat a través d'ordenança municipal².

6. El SAD com a prestació de dependència

La Llei de dependència introdueix, a més de criteris homogenis de valoració i copagament, una cobertura obligatòria de necessitats per part dels serveis socials a les persones que siguin valorades com a dependents. És a dir, les persones que siguin dependents tenen el dret de rebre una prestació de dependència al mateix nivell que un infant de 8 anys té el dret a tenir plaça escolar.

Taula 6 |

SAD
DEPENDÈNCIA És un dret del ciutadà
Finançament autonòmic
SS COMUNITARIS
ACCÉS DISCRECIONAL
Finançament municipal amb aportacions d'altres administracions

² A excepció de Palma i algun municipi de Mallorca on el servei d'ajuda a domicili és gratuït.

En finalitzar l'anterior legislatura havia un servei molt petit d'ajuda a domicili com a prestació pròpia de la Dependència, a més amb una concepció d'atendre els casos amb major necessitat (SAD d'alta intensitat). Aquesta concepció, centrada en molta càrrega d'hores de servei per cas va dificultar el seu desenvolupament a tot el territori balear.

Per què va fracassar el SAD d'alta intensitat?

Bàsicament per dues raons:

- L'alta intensitat requeria un volum d'hores que quasi triplicava l'oferta assistencial de l'ajuda a domicili municipal a les Illes Balears. A més, l'estructura de serveis d'ajuda a domicili dels ajuntaments està composta, principalment, per personal propi que, en un escenari de congelació de plantilles i dubtes dels interventors sobre les competències dels serveis socials municipals (Llei 27/2013, de racionalització i sostenibilitat de l'Administració local), dificultà que es donés una resposta col·laborativa per part dels municipis.
- L'ajuda a domicili té límits. No pots substituir les necessitats de places residencials amb un servei d'ajuda a domicili de tres hores diàries. Pot ajudar a mitigar la fatiga dels cuidadors però no és suficient per afrontar situacions de greu necessitat.

Des de l'entrada del nou equip de govern hem reorientat la intensitat de cobertura i perfils del dependent des de la prestació de l'ajuda a domicili. L'ajuda a domicili pot anar adreçada als tres graus de dependència, encara que el perfil en el qual pot mostrar major eficàcia i eficiència és al de les persones amb grau I. A més de reorientar cap a aquelles persones que requereixen d'un suport diari (sense tancar la possibilitat que siguin usuaris persones dependents de grau II i III), hem modificat la normativa en el sentit de fer compatible l'ajuda a domicili amb la prestació de cures a l'entorn i/o amb els centres de dia. La teleassistència ja ho era. A aquests dos canvis (perfil i compatibilitats entre prestacions) s'ha afegit una major adequació de la realitat a la intensitat del servei que es presta des dels ajuntaments (al voltant d'1 hora diària).

Quant a la gestió, fem el plantejament d'estendre la idea de trobar espais de col·laboració entre els serveis socials municipals i la Conselleria per tal de poder generalitzar al total de la població de les Illes Balears el servei d'ajuda a domicili, cobrint de manera excepcional aquelles zones que així ho requereixin amb un servei complementari al municipal. D'aquesta manera hem pogut créixer, en un any de gestió, quasi tres vegades del que s'havia fet en els quatre anys anteriors.

Taula 7 |

HORES SAD	
TOTAL 2015	33.336
TOTAL 2016	142.042
DIFERENCIAL	+108.706

El nivell d'implantació en el territori és completament diferent, passant d'una implantació anecdòtica a quasi la generalització del servei a tot el territori.

Taula 8 |

Taxa de cobertura poblacional del SAD		
	2015	2016
Mallorca	6,73 %	76,30 %
Menorca	4,96 %	73,96 %
Eivissa	0,00 %	100,00 %
Formentera	0,00 %	100,00 %
Total Illes	5,65 %	79,36 %

El finançament de serveis d'ajuda a domicili als municipis per atendre les situacions de dependència ha de permetre reorientar aquest servei cap a intervencions de promoció de l'autonomia i cap a altres col·lectius com el de famílies. La gestió des del territori permet:

- La continuïtat del servei, en tant que les persones majors que reben el servei d'ajuda a domicili, un vegada siguin dependents podran seguir amb el mateix servei, amb els mateixos tècnics, etc.
- La visió integral del cas, que permet atendre la persona des del seu entorn, combinant prestacions socials de dret subjectiu amb prestacions socials del propi ajuntament per tal d'allargar l'estada dins el domicili de la persona.
- Apostar pels serveis comunitaris. L'aposta pels ajuntaments es tradueix en el reconeixement i pagament de la feina que vénen fent amb les persones dependents.

Autor

JUAN MANUEL ROSA GONZÁLEZ

Sanlúcar de Barrameda (Cadis) (1963). Actualment és el director general de Dependència de la Conselleria de Serveis Socials del Govern de les Illes Balears, càrrec que ja va ocupar en la legislatura 2007-2011. És diplomant en treball social per la Universitat de les Illes Balears (1985) i graduat en treball social per la Universitat Internacional de La Rioja (2015). Ha estat vinculat laboralment als serveis socials des de l'any 1983.

En el transcurs de la seva carrera professional, tant a l'Ajuntament de Palma com al Govern de les Illes Balears, ha acumulat experiència en els camps d'exclusió, servei de menors, atenció primària, gent gran, persones amb discapacitat, rehabilitació integral de barris, direcció, gestió, investigació i planificació de serveis socials. Ha estat professor associat de la Universitat de les Illes Balears durant sis cursos i ha col·laborat en diferents publicacions relacionades amb els serveis socials. És autor dels llibres *Dades per a un diagnòstic dels barris de Palma* (2004) i *Estudi social i cultural del municipi de Capdepera* (2001), i coautor del llibre *Diagnòstic social de Palma* (1999), editat per l'Ajuntament de Palma. També ha participat en la *Revista Mallorquina de Pedagogia* com a autor i coautor de diversos articles, i en la col·lecció del *Mapa de serveis socials de Mallorca*, editat pel Servei d'Acció Social del Consell Insular de Mallorca, de la qual ha estat el responsable de dos volums.

**IMPULSANT UN NOU MODEL
DE PARTICIPACIÓ DE LES
PERSONES GRANS A MALLORCA:
L'OBSERVATORI DE LES PERSONES MAJORS
I EL PROJECTE «DONAR VEU»**

Impulsant un nou model de participació de les persones grans a Mallorca: l'Observatori de les Persones Majors i el projecte «Donar veu»

Maria Ángeles Fernández Valiente

Maria Isabel Cuart Sintes

Margalida Maria Batle Mayrata

Resum

L'article comença amb l'anàlisi de l'evolució demogràfica de les persones majors a Mallorca i mostra com el col·lectiu de persones majors és cada vegada més nombrós, tant en termes relatius com absoluts. S'argumenta com el creixement d'aquest sector de població hauria d'anar acompanyat d'un major pes i protagonisme en la nostra societat. Es defineix el terme de participació i el paper tant important en el concepte d'envelliment actiu. S'explica com, per donar resposta a la situació sociodemogràfica i incrementar la participació d'aquest col·lectiu, es va crear l'Observatori de Persones Majors i com, posteriorment, s'ha atorgat més protagonisme en la gestió de l'Observatori als representants de les persones grans. Finalment, es descriu el projecte que s'ha impulsat des de la comissió de treball de promoció de l'Autonomia de l'Observatori, per fomentar la participació i donar veu al col·lectiu de persones majors, i s'avancen els primers resultats del programa pilot que se n'ha fet.

Resumen

El artículo empieza con el análisis de la evolución demográfica de las personas mayores en Mallorca, mostrando cómo el colectivo de personas mayores es cada vez más numeroso, tanto en términos relativos como absolutos. Se argumenta cómo el crecimiento de este sector de población debería de ir acompañado de un mayor peso y protagonismo en nuestra sociedad. Se define el término de participación y su importante papel en el concepto de envejecimiento activo. Se explica cómo, para dar respuesta a la situación sociodemográfica e incrementar la participación del colectivo de personas mayores, se creó el Observatorio de Personas Mayores y cómo, posteriormente, se ha otorgado mayor protagonismo en la gestión del mismo a los representantes de las personas mayores. Finalmente, se describe el proyecto que se ha impulsado desde la comisión de trabajo de promoción de la Autonomía del Observatorio, para fomentar la participación y dar voz al colectivo de personas mayores, y se adelantan los primeros resultados del programa piloto del mismo.

1. L'envelliment demogràfic a Mallorca

La societat moderna és complexa i canviant i els moviments demogràfics actuals provoquen una realitat social fins ara desconeguda. L'ONU (2006, 2012) ja va avisar de la necessitat de prendre consciència, a nivell mundial, de la importància del procés d'envelliment de la societat, el repte que això suposa i la necessitat de canviar les polítiques socials, sanitàries i econòmiques dels estats. De forma similar, Fernández- Ballesteros (2009) exposa que:

«Vivim en un món envellit. Encara que aquest fenomen és universal, la situació espanyola i europea és encara més acusada: Europa és el continent més envellit de la Terra i Espanya és un dels països més envellits del món.» (p.1). Aquesta tendència demogràfica, no sols es produeix a Espanya, sinó també a la resta d'Europa. (IMSERSO, 2014).

En el cas de Mallorca, segons dades d'IBESTAT (2014), en els darrers anys, l'índex d'envelliment continua augmentant de forma gradual. Com podem observar a les taules següents, la població gran s'ha incrementat, tant en termes absoluts com en termes relatius, la qual cosa ens indica que l'illa segueix la tendència mundial.

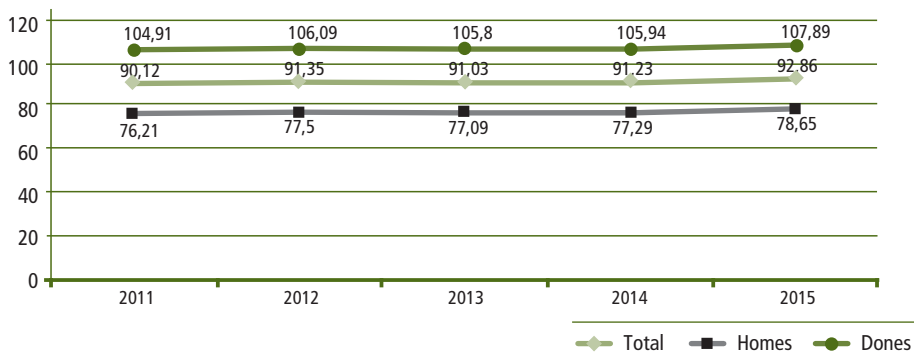
Taula 1 | Evolució de la població major a Mallorca (Font: Padró Ibestat):

MALLORCA						
Any	Sexe	Total edat	<16 anys	16-64 anys	65 o més	85 o més
2011	TOTAL	873.414	142.212	603.047	128.155	16.768
	Homes	435.294	73.307	306.120	55.867	5.268
	Dones	438.120	68.905	296.927	72.288	11.500
2012	TOTAL	876.147	143.644	601.281	131.222	17.546
	Homes	435.936	74.031	304.534	57.371	5.526
	Dones	440.211	69.613	296.747	73.851	12.020
2013	TOTAL	864.763	143.699	590.251	130.813	17.709
	Homes	428.969	73.919	298.065	56.985	5.588
	Dones	435.794	69.780	292.186	73.828	12.121
2014	TOTAL	858.313	143.996	582.948	131.369	17.995
	Homes	425.216	73.943	294.120	57.153	5.644
	Dones	433.097	70.053	288.828	74.216	12.351
2015	TOTAL	859.289	143.939	581.691	133.659	18.542
	Homes	425.301	74.009	293.081	58.211	5.798
	Dones	433.988	69.930	288.610	75.448	12.744

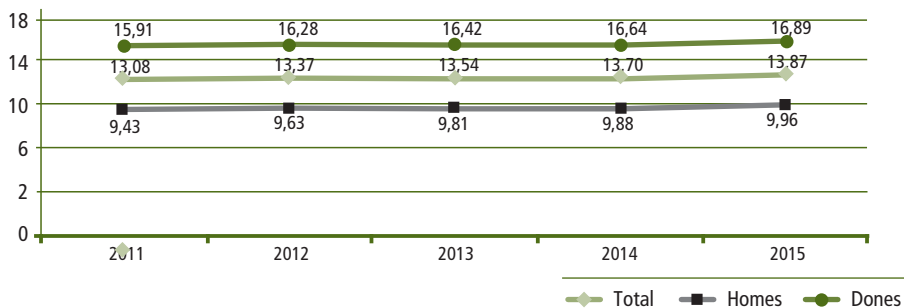
Si analitzam les dades de la taula anterior, podem veure que a Mallorca hi ha, al 2015, 133.659 persones de 65 i més anys; 5.504 persones més que al 2011. I que podem parlar d'envelliment en femení: 75.448 dones, davant 58.211 homes de 65 i més anys; i 12.744 dones davant 5.798 homes de 85 i més anys.

Com es pot veure a les taules següents (Font: Padró Ibestat), els índexs d'envelliment, sobreenvelliment i la taxa de dependència de la població major també han augmentat els darrers anys.

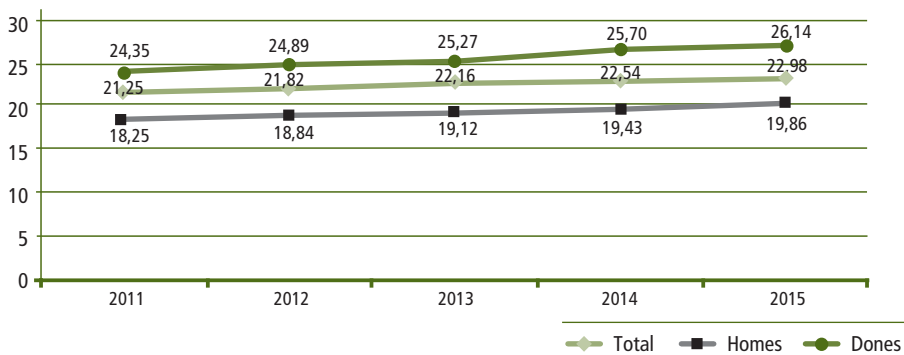
Gràfic 1 | Evolució de l'índex d'envelliment



Gràfic 2 | Evolució de l'índex de sobreenvelliment



Gràfic 3 | Evolució de la taxa de dependència



D'aquestes dades, podem extreure que, demogràficament, la població gran cada vegada té més pes i les projeccions d'envelliment apunten a ser de cada vegada majors. Aquest fet obliga a cercar noves estratègies per fer front al creixement i a les necessitats que provoca l'envelliment de la població en la societat actual. Així, l'increment de la longevitat hauria d'anar acompanyat de l'augment del paper que es dona a aquest sector de població i d'un increment, per tant, de la seva participació i presa de decisions dins la comunitat.

2. El concepte de participació

La paraula *participació*, etimològicament prové del terme llatí *participare*, el significat del qual és «tenir part» o «comunicar», però hi ha moltes definicions d'aquest concepte. En destacarem una, la de Gyarmati (1992, p.9) que el defineix com «la capacitat real de l'individu o el grup de prendre decisions sobre assumptes que directament o indirecta afecten les activitats en la societat». El Consell d'Europa (2007) concep la participació com el procés d'assegurar que cada individu desenvolupi un paper en la societat i contribueixi a desenvolupar-la.

La participació esdevé un dels tres pilars de la definició d'envelliment actiu proposada per l'Organització Mundial de la Salut (2002, p. 12): «Procés d'optimització d'oportunitats per a la salut, la participació i la seguretat que permeten garantir la qualitat de vida a mesura que les persones envelleixen». Aquesta definició insisteix en la importància de la participació continuada de les persones majors en la vida social, econòmica i cultural de la comunitat per arribar al seu potencial de qualitat de vida.

No obstant això, la manca de sensibilitat de la societat i la visió negativa de la vellesa, així com també el fet que les polítiques econòmiques i socials afavoreixen les persones productives, provoca que la gent gran, una vegada jubilada, perdi, a més de la feina, el seu rol i la participació social. Això fa que els homes i dones majors se sentin «exclosos», ja que formen part de la societat i en reben beneficis, però no hi participen ni prenen decisions.

El fet que a la tercera edat les persones majors deixin de participar socialment fa que quedin, no sols al marge de les activitats que abans desenvolupaven, sinó també de l'esfera pública, la qual cosa provoca que el seu estatus com a individus socials desaparegui. «El desenvolupament d'activitats durant la tercera edat i després d'haver deixat el mercat laboral —si és el cas— ha de ser sinònim de compromís i de responsabilitat. La responsabilitat genera posicions d'integració a l'interior de la comunitat, la societat i la família». Osorio (2006).

L'enfocament actiu de l'envelliment té l'objectiu de construir processos inclusius en la societat perquè les persones grans hi puguin tenir el seu espai propi, i també perquè puguin intervenir de forma activa i útil en el desenvolupament i la construcció de

la societat, amb això aconseguirien satisfacció personal i major qualitat de vida (Amorós, 2006).

En aquest sentit, l'augment de la població de gent gran hauria d'anar acompanyat d'un major protagonisme social, a partir de l'impuls d'un nou model de participació activa dels propis protagonistes. Marchioni (1999) argumenta que mai no es podrà fer un vertader canvi si no és amb la participació plena de les persones interessades, la presa de consciència dels seus drets i de la situació en què viuen, així com també de la necessitat de modificar-la, respectant sempre el seu ritme de desenvolupament que no es pot imposar des de l'exterior.

La figura de l'envelliment actiu implica, per tant, un conjunt de drets i deures individuals i socials, encaminats a la inclusió i participació ciutadana de les persones majors, perquè puguin aportar la seva experiència i els seus coneixements a la societat. Des d'aquesta perspectiva, l'envelliment actiu parteix de la idea que les persones grans poden contribuir activament, a la vegada que són beneficiaris del desenvolupament social.

Així, no sols es tracta de cobrir-ne les necessitats, sinó també de reconèixer-ne la participació dins la societat i garantir-ne la igualtat de drets. Aquesta visió representa un repte i una oportunitat per canviar la manera d'entendre la vellesa, etapa de la vida formada per un col·lectiu de persones cada vegada més nombrós i longeu, i també més actiu i crític.

3. La creació de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca

La Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea (2000/C 364/01), en l'article 25, reconeix el dret de les persones majors a dur una vida digna i independent i a participar en la vida social i cultural.

La Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, en l'article 3, diu que un dels seus objectius és la participació cívica: «Els poders públics han de *promoure i garantir la participació de les persones, els grups i les entitats en el funcionament del sistema.*»

Per altra banda, l'article 50 d'aquesta llei indica que:

«Sempre que sigui possible, les decisions relatives al sistema de serveis socials s'han de prendre amb la participació de la ciutadania. La finalitat de la participació és integrar la deliberació entre les administracions i els diversos actors de la societat civil en els processos de presa de decisions, per tal de millorar el sistema de serveis socials i enfortir el capital social. Els objectius de la participació són la implicació de tota la societat en

els assumptes socials, la prevenció de la fragmentació social, la innovació en la prestació dels serveis i el reforçament de les xarxes socials de suport, com també aconseguir l'autonomia, la llibertat i l'apoderament de la ciutadania, aquest darrer entès com el procés pel qual una persona o un grup social adquireix o rep els mitjans per enfortir el seu potencial en termes econòmics, polítics o socials.»

Les persones majors tenen el dret de prendre part activa en la presa de decisions de la seva comunitat i, per aquest motiu, com hem vista abans, les diferents administracions i entitats tenen l'obligació de crear les condicions perquè aquesta participació es pugui dur a terme, mitjançant nous models de col·laboració i cooperació a tot el territori.

Amb aquesta intenció, i també, per donar resposta a la necessitat de tenir una plataforma a Mallorca per recollir i analitzar dades i dissenyar línies d'actuació adreçades a la població de persones majors, l'Institut Mallorquí d'Afers Socials va impulsar la creació de l'Observatori de les persones Majors de Mallorca, l'any 2014.

L'Observatori és un òrgan col·legiat, de caràcter tècnic i consultiu, que té com a finalitat establir un sistema d'informació per conèixer i analitzar la realitat i les necessitats psicosocials i econòmiques de les persones majors de l'illa, per poder orientar les diferents administracions i entitats que ofereixen atenció i suport a aquest col·lectiu de persones i formular-los propostes de millora.

Entre els objectius de l'Observatori cal mencionar:

- Establir un sistema permanent per recollir i analitzar la informació psicosocial, sanitària i econòmica de les persones grans de Mallorca.
- Formular recomanacions i propostes sobre prioritats d'actuació, tant a les diferents administracions com a les entitats que es dediquen al col·lectiu de persones majors, per millorar-ne els serveis i les prestacions.
- Establir diferents vies per difondre la informació i la formació per poder saber la situació de les persones majors de Mallorca.
- Impulsar iniciatives per fomentar l'envelliment actiu, per sensibilitzar la societat i promoure una imatge lliure d'estereotips, així com per millorar la protecció econòmica, jurídica i social de les persones grans. També per promoure iniciatives per reconèixer el paper de les persones grans en la societat i facilitar-los una participació major.

El març del 2015, el Ple de l'Observatori de Persones Majors de Mallorca va aprovar la constitució de tres comissions de treball. També es va obrir la participació a representants

de persones majors, juntament amb els professionals especialitzats en la matèria. Posteriorment, es varen prioritzar tres línies d'actuació per poder desenvolupar els objectius formulats i treballar amb les diferents dimensions d'atenció al col·lectiu de gent gran:

1. Atenció a la dependència. L'objectiu és optimitzar l'atenció a les persones majors de Mallorca, que, per raons derivades de l'edat, malaltia o discapacitat, i de falta o pèrdua d'autonomia, necessiten suport per dur a terme activitats bàsiques de la vida diària, amb la intenció de preservar-ne la qualitat de vida. Paral·lelament, en aquesta línia hi ha dos grups de treball: Integració entre sanitat i serveis socials, i Atenció a la persona dependent al seu domicili.
2. Promoció de l'autonomia. El propòsit és potenciar l'envelliment actiu i saludable de les persones majors de Mallorca a partir del grup de treball de Promoció d'oportunitats de salut, i del grup de treball de Promoció d'oportunitats de participació.
3. Protecció a la persona major. La finalitat és promoure el bon tracte a les persones majors de Mallorca a través dels grups de treball de Prevenció i sensibilització i el grup de treball de Detecció i intervenció.

A finals del 2015, per impulsar encara més aquesta participació, es varen convidar una sèrie de col·lectius de persones majors a formar part del Ple de l'Observatori, l'òrgan suprem de decisió: Padrines i Padrins Flautes de Mallorca, Jubilats per Mallorca, Federació d'Associacions de Jubilats i Pensionistes de la CAIB, Unió de Jubilats i Pensionistes de la UGT-Illes Balears, Federació de Jubilats i Pensionistes CCOO, i l'Associació d'Alumnes i ex-Alumnes de la Universitat Oberta de Mallorca.

Fins aquell moment, el Ple estava constituït exclusivament pels representants de les administracions, entitats del tercer sector i empreses, les actuacions de les quals anaven adreçades al col·lectiu de persones majors. Ara s'ha obert una nova etapa en la qual el col·lectiu de persones majors ha passat de ser el destinatari a l'actor i coplanificador de les iniciatives pensades per a ells.

Arribam, així, al nivell més alt de planificació, el de «coimplicació» o «codirecció», que consisteix en la concertació de voluntats i participació en les decisions, conjuntament amb les institucions (IMSERO, 2008). D'aquesta manera l'Observatori de Persones Majors de Mallorca vol d'establir aliances entre les persones majors i les organitzacions, on treballen els diferents agents, a partir de l'impuls d'un nou model de participació de les persones grans a Mallorca.

4. El projecte «Donar veu a les persones Majors de Mallorca»

Per desenvolupar la participació i fomentar una imatge de la vellesa lliure d'estereotips, els professionals integrants del grup de treball de Promoció d'Oportunitats de Participació de la comissió de treball de Promoció de l'Autonomia de l'Observatori, varen prioritzar la creació de fòrums de participació perquè les persones majors poguessin expressar-s'hi, fer sentir la seva veu i debatre sobre les principals necessitats que tenen.

Entre els objectius d'aquest projecte destacam:

- Promoure l'envelliment actiu i digne amb el suport de l'aprenentatge al llarg de la vida que ha de permetre la participació ciutadana i la construcció del propi futur.
- Reconèixer el capital humà de les persones majors com a agents de canvi per al desenvolupament de la comunitat
- Establir una estructura organitzativa encarregada d'avaluar les necessitats de les persones majors de Mallorca i de visualitzar les accions i les aportacions de les persones majors amb diferents actes i publicacions
- Facilitar l'expressió, l'empoderament i la participació activa de les persones majors.

El projecte consisteix constituir diferents grups de debat als municipis de Mallorca perquè les persones majors puguin expressar les seves inquietuds i necessitats. Per això, es va decidir començar amb un programa pilot en un conjunt de municipis per valorar la viabilitat del projecte. Els professionals del grup de treball varen seleccionar els 10 municipis que hi participarien, atenent criteris demogràfics i socials: Palma, Calvià, Consell, Banyalbufar, Inca, Manacor, Sant Llorenç, Petra, Búger i Pollença.

El mètode emprat per recollir i analitzar les dades ha estat el proposat al Protocol de Vancouver (IMSERO, 2013), protocol d'investigació desenvolupat per al projecte «Ciutats i comunitats amigables amb les persones majors», impulsat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), per valorar l'adaptació dels entorns a les necessitats de les persones grans.

Aquest protocol defineix vuit àrees per fer una anàlisi qualitativa:

- Espais a l'aire lliure i edificis
- Transport
- Habitatge
- Respecte i inclusió social

- Participació social
- Comunicació i informació
- Treball i participació
- Serveis socials i de salut

A cada municipi participant es varen seleccionar entre 10 i 20 persones per configurar el grup focal. Es varen organitzar quatre reunions (exceptuant-ne dos municipis, on se'n va fer una), per debatre els avantatges, les barreres i les propostes de millora sobre cadascuna de les àrees esmentades.

Les reunions es varen dur a terme el primer semestre del 2016. Actualment, s'està acabant la fase d'anàlisi de les dades i la redacció de les conclusions que, probablement, podrem comentar en un article nou.

Si bé, ara encara —mentre redactam aquest article— s'analitzen les dades, podem avançar que hi han participat més de 100 persones, majoritàriament dones. El perfil de les participants ha estat: dona jubilada, casada, de nivell d'estudis mitjà-baix, amb habitatge en propietat, una percepció subjectiva de salut normal o bona, i membre d'una associació.

Veim, idò, que el primer repte per millorar la participació d'aquest col·lectiu de persones serà arribar a les que viuen soles, i que són més dependents, així com també, incrementar la participació dels homes majors.

Es va dur a terme una avaluació ex ante, mitjançant la tècnica de fòrum comunitari, amb el grup de treball de Promoció d'oportunitats de participació. La intenció era prioritzar els diferents projectes que s'havien proposat i valorar la viabilitat tècnica del que fos seleccionat. A l'avaluació esmentada s'hi va afegir una anàlisi DAFO per saber la situació en la qual es volia dur a terme el projecte. L'avaluació va finalitzar quan els membres del Ple de l'Observatori varen valorar també la conveniència d'implantar-lo.

Així com es desenvolupaven les sessions a cada municipi, es feia una avaluació concurrent per analitzar si calia introduir modificacions a les dinàmiques.

Per finalitzar, es va fer una avaluació ex post per comprovar si s'havien assolit els objectius del projecte, i per valorar-ne l'impacte i la cobertura.

Es va fer una reunió amb els moderadors dels grups focals, quan havien acabat totes les reunions, per valorar l'experiència. En aquesta reunió es va comentar que la valoració general havia estat molt satisfactòria, els participants havien mostrar molta bona disposició per parlar i debatre, i havien aportat idees molt profitoses en relació als temes proposats, que exposarem i analitzarem en un altre article, centrat específicament en els resultats d'aquest projecte.

La principal limitació de l'experiència va ser que, malgrat els esforços, no es va aconseguir que els grups fossin heterogenis. També va costar molt arribar a les persones que no eren tan actives, a les dependents, i animar a participar els homes. Una altra limitació va ser que els ítems del protocol Vancouver no s'ajustaven massa a la realitat dels municipis més petits.

També es va passar un qüestionari de satisfacció als participants a la darrera sessió, els resultats del qual, ara per ara, s'estan extraient. No obstant això, podem avançar que, per a la majoria dels participants, l'experiència ha esdevingut molt enriquidora. Han mostrat un gran interès per tots els temes, especialment: respecte i inclusió social, habitatge, participació social, comunicació i informació, i serveis socials i de salut. La major part de les persones que varen avaluar l'experiència varen mostrar un gran interès en tractar altres temes en el futur.

Els participants consideren que la moderació ha estat bona i l'espai ha estat adequat. Hi ha un optimisme moderat quant a la percepció que les aportacions recollides puguin promoure canvis. (En aquest sentit, cal dir que les propostes que s'han recollit es presentaran al Ple de l'Observatori perquè les diferents administracions que en formen part, les incorporin en la mesura que puguin als plans d'actuació).

5. Reptes de futur

Els canvis de l'estructura demogràfica provoquen una societat envellida, la qual cosa fa necessària una evolució del context sociocultural de l'envelliment. Bazo (2001) afirma que els canvis de la societat moderna impliquen un nou tipus de vellesa de cara a les futures generacions. La dinàmica social tan complexa exigeix, en conseqüència, imaginació i compromís social per assumir nous reptes des d'una nova orientació basada en les capacitats i les fortaleses de les persones, les entitats i les xarxes socials.

La recerca d'un nou model per augmentar la qualitat de vida de les persones major suposa seguir investigant per transformar en oportunitats els actuals problemes que presenta l'envelliment de la població. Davant aquest desafiament, es pot generar una solució profunda i integral a partir de la solidaritat, la inclusió i la participació de tota la societat.

A través de la complementarietat i la col·laboració també és possible unificar esforços, crear sinergies, evitar duplicitat, potenciar l'estudi i el treball en conjunt. Amb aquesta idea, s'han d'establir aliances a través d'una xarxa en la qual totes les peces són necessàries, per aconseguir els objectius de millorar el benestar de la gent gran.

La iniciativa impulsada per l'IMAS —constituir l'Observatori de les Persones Majors— així com els projectes que es desenvolupen actualment amb la feina de les comissions de treball,

intenta donar resposta a les noves necessitats d'un col·lectiu cada vegada més nombrós a Mallorca. La intenció és que les persones majors, juntament amb els professionals i les institucions, col·laborin activament en la recerca, l'anàlisi, la conscienciació i la resolució dels problemes que els afecten, utilitzant els propis recursos de la comunitat.

A través de l'Observatori i el desenvolupament dins el mateix del projecte per «Donar veu a les persones majors de Mallorca» s'ha aconseguit que, en poc menys de dos anys, el col·lectiu de persones grans passés d'ésser pràcticament invisible en la presa de decisions, a tenir un paper actiu en tot el referent a planificació d'iniciatives adreçades a ells i a la societat en general. Podem afirmar, doncs, que l'Observatori ha estat i és actualment, una important plataforma de participació de les persones grans.

No obstant això, no ens podem conformar, el repte, com ja hem assenyalat, és que també arribin a participar i prenguin decisions les persones més aïllades, que no tenen tantes oportunitats, ja sigui perquè presenten situacions de dependència o per motius socioculturals. L'objectiu és anar més enllà de la punta de l'iceberg i donar l'oportunitat d'expressar-se als col·lectius més invisibles, fràgils i vulnerables. D'altra banda, també cal analitzar la raó per la qual sembla que als homes grans els costa més participar en segons quins tipus d'iniciatives i cercar maneres de motivar-los.

Des de l'IMAS i l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca hi ha el compromís d'escoltar la veu de les persones majors, per incorporar-ne les propostes a les iniciatives que es desenvolupen i afavorir una resposta factible i responsable a les seves necessitats. També cal cercar noves fórmules per fer una passa més i arribar a les persones majors més aïllades, desprotegides o dependents. Al temps que se n'incrementa la participació i el protagonisme a l'hora de prendre decisions, empoderant-los i reforçant els seus recursos per aconseguir un envelliment amb seguretat i dignitat, des d'una visió més humana i justa de la societat.

Agraïments

A tots els professionals i entitats que d'una manera o d'una altra participen de manera desinteressada en l'Observatori de les Persones majors i col·laboren en la recerca de coneixement per dur a terme projectes adreçats a millorar la qualitat de vida de la gent gran.

També, especialment, el nostre agraïment a totes les persones grans que de manera directa ens aporten la seva experiència i participen de manera activa en la construcció d'un futur millor.

Referències bibliogràfiques

Amorós, P. (2006). *Construyendo el futuro*. Madrid: Alianza Editorial.

Bazo, M. T. (2006). *La institución social de la jubilación: De la sociedad industrial a la postmodernidad*. Valencia: Nau llibres.

Carta de Drets Fonamentals de la Unió Europea (2010). Diari Oficial de la Unió Europea (2010/C 83/02).

Consejo de Europa (2008). *Libro blanco del diálogo intercultural*. Estrasburgo: Consejo de Europa y Ministerio de Cultura de España.

Escobar, J. i Bonilla-Jiménez, F. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9(1), 51-67.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). Jubilación y salud. *Humanitas, Humanidades Médicas*, (37), 1-23.

Gyarmati, G. (1992). Reflexiones teóricas y metodológicas en torno a participación. *Estudios Sociales*, 73(3), 9-28.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2008). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2013). *Protocolo de Vancouver, adaptación al contexto de España*. Madrid: IMSERSO.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2014). *Propuestas para el desarrollo de las orientaciones del consejo de la Unión Europea, de 6 de diciembre de 2012, relativas a las personas mayores. Documento de debate*. Madrid: IMSERSO.

Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Editorial Popular.

Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears: BOIB 89/2009 del 18-06-2009.

ONU. (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío*. Nueva York: Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Osorio, P. (2006). Exclusión Generacional: La tercera Edad. *Revista Mad.*, 14.

World Health Organization (2002). Active Ageing: A Policy Framework. *World health organization*, 59.

Autores

MARIA ÁNGELES FERNÁNDEZ VALIENTE

Palma (1975). Diplomada en Educació Social, Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Mediació de Conflictes Familiars, Civils i Mercantils, UIB. Especialista Universitari en Intervenció Socioeducativa de l'Educador Social en els centres educatius. Especialista Universitari en la Direcció i Gestió de Serveis Socials, UIB. Membre del Consell de redacció de la Revista RES. Ha estat presidenta i vicepresidenta del Col·legi d'Educatores i Educadors Socials de les Illes Balears (CEESIB 2003-2013) i vicepresidenta de l'Associació Estatal d'Educació Social (ASEDES 2000-2009). Formadora en l'àmbit socioeducatiu. Coordinadora dels centres d'adolescents i residencials de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) (2007-2012). Actualment és la cap de Servei d'Atenció a la Dependència de l'IMAS.

MARIA ISABEL CUART SINTES

Palma (1974). Llicenciada en Psicopedagogia i Doctora en Ciències de l'Educació, Universitat de les Illes Balears (UIB). Postgraduada en demències i malaltia d'Alzheimer, Institut Superior d'Estudis Psicològics (ISEP). Màster en musicoteràpia, ISEP i Universitat de Vic. Actualment, treballa com a tècnica a l'Àrea d'Atenció a la Dependència de l'IMAS i com a professora associada de la UIB, al Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació, àrea de Psicologia Evolutiva i de l'Educació.

MARGALIDA MARIA BATLE MAYRATA

Biniali (1963). Graduada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Formació en: «Igualtat d'oportunitats», «La intel·ligència social», «Professionalització i qualitat de l'atenció a les persones majors», «Tallers grupals», «Habilitats socials», «Desenvolupament personal, qualitat de servei i comunicació», «Autoajuda i higiene mental», «Reconeixement emocional». Ha treballat a l'Ajuntament de Palma i a l'Institut Balear d'Afers Socials. Actualment és funcionària de l'IMAS, Àrea d'Atenció a la Dependència i secretària de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca.

**IMPACTE DEL PROGRAMA
AJUDA AL CUIDADOR EN CENTRES DE
DIA SARQUAVITAE A MALLORCA PER
PAL·LIAR LA SOBRECÀRREGA ASSOCIADA
A L'ATENCIÓ DE PERSONES EN
SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA**

Impacte del programa Ajuda al Cuidador en Centres de Dia SARquavitae a Mallorca per pal·liar la sobrecàrrega associada a l'atenció de persones en situació de dependència.

Bárbara García Arredondo
Evelyn García Rodríguez
Elsa Herranz Sanz
Amelia Antonia Ródenas Barcos

Resum

Hi ha prou evidències en la literatura que els cuidadors informals de persones amb algun tipus de demència tenen més risc d'experimentar estats de depressió i ansietat (McGilloway i Donnelly, 1997). En un estudi previ (Martorell, García, Herranz i Ferreras, 2015), hom va detectar que els cuidadors de persones amb més dependència tenen més càrrega i que els d'usuaris beneficiaris de centres de dia tenen més sobrecàrrega que els qui són atesos en un centre residencial. A partir d'aquests resultats, vam proposar fer una intervenció enfocada a un abordatge interdisciplinari en els centres de dia, adreçat als cuidadors principals i materialitzat en un programa d'ajuda al cuidador. Vam aplicar aquest programa en els centres de dia del Coll d'en Rabassa i de Son Dureta, amb un objectiu doble: per una part, millorar la pròpia percepció com a cuidador i promoure l'ajuda mútua, i, per l'altra, dotar el cuidador de coneixements i estratègies en diferents matèries per millorar l'atenció al familiar. Els resultats obtinguts a partir de la implantació d'aquest programa revelen que l'augment de la formació del cuidador principal repercuteix d'una manera positiva en la disminució de la seva sobrecàrrega.

Resumen

Existen evidencias en la literatura de que los cuidadores informales de personas con algún tipo de demencia tienen un mayor riesgo de experimentar estados de depresión y ansiedad (McGilloway y Donnelly, 1997). En un estudio previo (Martorell, García, Herranz y Ferreras, 2015), se encontró una mayor sobrecarga en los cuidadores de personas con mayor dependencia así como una mayor sobrecarga en los cuidadores de usuarios beneficiarios de centro de día frente a los que acudían a un centro residencial. Ante estos resultados se propuso realizar una intervención enfocada a un abordaje interdisciplinar en los centros de día, dirigido a los cuidadores principales y materializado en un programa de ayuda al cuidador. Este programa se llevó a cabo en los centros de día Coll d'en Rabassa y Son Dureta y su objetivo tenía doble vertiente: por un lado, mejorar la propia percepción como cuidador así como promover la ayuda mutua y, por el otro lado, dotar de conocimientos y estrategias en diferentes materias para mejorar el cuidado de su familiar. Los resultados obtenidos tras la implantación de este programa nos revelan que una mayor formación del cuidador principal repercute de manera positiva, obteniéndose como resultado una disminución de la sobrecarga.

1. Introducció

Tenir cura d'una persona de la família en situació de dependència provoca canvis en la vida dels seus membres, que afecten les relacions entre aquests i el seu entorn laboral i social. Especialment, sorgeixen dificultats per fer les activitats de la vida diària, sobretot les que es duen a terme fora del domicili; l'economia familiar se'n ressent, pel cost que suposa tenir cura del malalt, i els membres de la família han d'assumir funcions de cuidador, per la qual cosa es veuen sotmesos a una gran tensió i pateixen estrès (George i Gwyther, 1986; Espin, 2012; Ginsberg et al. 2005), situacions que repercuteixen en la salut en general (Crespo i López, 2007; Márquez, Losada et al. 2008; Márquez et al. 2010).

En un estudi previ, les autores ja van explicitar que les famílies beneficiàries del centre de dia tenen més càrrega que aquelles que recorren a un centre residencial (Martorell, García, Herranza i Ferreras, 2015).

Així, és necessari crear estratègies d'intervenció en l'entorn habitual que satisfacin les necessitats d'atenció de les persones amb qualche tipus de demència (Castellanos i cols., 2007). Cal potenciar, per tant, les xarxes informals de suport i el sistema informal de cures. Per aquest motiu, vists els resultats dels estudis esmentats i partint d'altres programes similars (Losada et al. 2004; Escós et al., 2001, López i Pérez, 1999), l'any 2015 els centres de dia de SARquavitae de Mallorca impulsaren el disseny i implementació d'un programa propi d'ajuda al cuidador.

Els objectius plantejats en el disseny del programa Ajuda al Cuidador van ser els següents:

- Facilitar un suport emocional a les persones cuidadores mitjançant actuacions d'autocura.
- Proporcionar coneixements bàsics a les persones cuidadores per millorar la cura sociosanitària i l'autonomia de les persones en situació de dependència.
- Promoure que les persones cuidadores puguin aplicar els procediments i estratègies més adequats per mantenir i millorar l'autonomia personal de la persona en situació de dependència i les seves relacions amb l'entorn.
- Informar i orientar sobre els recursos sociosanitaris més adequats per garantir la cura, assistència i vida autònoma a les persones en situació de dependència.

Tenint en compte l'evidència disponible, esperàvem que, en haver aplicat el programa:

- Disminuirien els símptomes de la síndrome del cuidador, derivats de la sobrecàrrega i de la possible percepció distorsionada sobre les cures proporcionades.
- Milloraria la percepció pròpia com a cuidador gràcies al fet de compartir les experiències i fomentar el suport mutu i el reconeixement social.

2. Metodologia

Vam aplicar el programa en els centres de dia del Coll d'en Rabassa i de Son Dureta, de Palma, ambdós amb capacitat per a trenta usuaris. A cada centre, vam desenvolupar per separat, amb els seus propis participants, però amb el mateix contingut i metodologia. D'aquesta manera, el programa va constar de dotze tallers d'una durada de quatre hores cada un, per tant, s'impartiren quaranta-vuit hores de formació per a cuidadors. Amb l'objectiu de fer-los més propers i familiars, els responsables de les formacions van ésser els tècnics mateixos de cada centre (terapeutes ocupacionals, treballadors socials, infermers i fisioterapeutes).

Participants i criteris d'exclusió

Vam convidar totes les famílies dels usuaris dels dos centres de dia a participar-hi; en total, van ser seixanta assistents. No vam aplicar cap criteri específic d'exclusió i per poder-hi participar l'únic requisit era tenir un familiar que fos usuari del centre de dia. Hi participaren onze famílies del centre del dia del Coll d'en Rabassa i nou del de Son Dureta; en total, una mostra de vint famílies.

Proves d'avaluació

En primer lloc, vam dissenyar una enquesta *ad hoc* que constava de dues parts. La primera estava formada per deu preguntes que analitzaven la càrrega i el suport, i, la segona eren onze qüestions sobre els coneixements previs dels temes que serien treballats posteriorment en les sessions. Finalment, vam demanar als participants que s'autovalorassin com a cuidadors (una pregunta). Aquesta enquesta la vam passar als familiars i/o cuidadors en la primera formació. Quan els tallers van haver acabat, els vam tornar a passar la mateixa enquesta, però que incloïa uns ítems finals per valorar el programa.

Les enquestes eren nominatives, estaven datades i recollien les dades del familiar i/o cuidador (nom, edat, sexe, parentesc i situació laboral) i les de l'usuari (nom, edat, sexe i data d'ingrés en el centre de dia).

Taula 1 | *Enquesta ad hoc per avaluar el programa d'Ajuda al Cuidador dels Centres de Dia de SARquavitae de Mallorca*

Vam sol·licitar les dades de l'usuari i del cuidador.

Cada pregunta tenia tres respostes possibles: sí, no, de vegades

1. Sentiu que necessitau ajuda o assessorament sobre l'atenció que requereix el vostre familiar?
2. Us sentiu capacitat per tenir cura del vostre familiar?
3. Creieu que el vostre familiar us demana més ajuda de la que realment necessita?
4. Creieu que tenir cura del vostre familiar ha afectat negativament la vostra vida laboral?
5. Creieu que tenir cura del vostre familiar ha afectat negativament la vostra vida familiar?
6. Creieu que tenir cura del vostre familiar ha afectat negativament el vostre temps lliure?
7. Creieu que la vostra salut ha empitjorat des que teniu cura del vostre familiar?
8. Teniu alguna persona que us doni suport o a qui pugueu demanar consell sobre l'atenció que requereix el vostre familiar?
9. Us sentiu valorat per la tasca que feu?
10. Manteniu una bona relació amb altres persones que estan en la mateixa situació que vós?
11. Sabeu la manera com us heu de cuidar per poder atendre bé una altra persona?
12. Coneixeu els punts de suport i ajudes tècniques que existeixen per a la vostra llar?
13. Teniu coneixements bàsics en primers auxilis?
14. Sabríeu dir quin material ha de contenir una farmaciola?
15. Sabríeu la manera com heu d'actuar si hi hagués un accident al domicili?
16. Creieu que teniu coneixements suficients sobre les necessitats de cura i higiene del vostre familiar?
17. Creieu que teniu coneixements suficients sobre la cura podal de les persones grans?
18. Creieu que sabeu fer les mobilitzacions i transferències de manera correcta?
19. Sabeu relaxar-vos i desconnectar?
20. Sabeu què és l'envelliment actiu?
21. Coneixeu algun dels recursos que teniu a l'abast (serveis socials, dependència...)?
22. En general, creieu que sou un bon cuidador/a?
23. Creieu que participar en el programa d'Ajuda al Cuidador us ha servit?
24. Heu sentit suport acudint a les sessions del programa d'Ajuda al Cuidador?

Les dues darreres qüestions són incloses en el qüestionari final, i no en l'inicial, per valorar el resultat de les sessions.

Això a banda, per analitzar la sobrecàrrega dels cuidadors vam aplicar l'escala de Zarit (Zarit et al., 1980). Vam administrar aquesta escala com en el cas anterior: abans i després de participar en el programa.

És una escala autoadministrada que permet mesurar el nivell de sobrecàrrega dels cuidadors principals de persones dependents. Parteix de l'anàlisi dels sentiments que apareixen en aquestes persones, tenint en compte la freqüència amb la qual són recurrents els pensaments sobre la salut física i psíquica, la vida social i la suficiència de recursos econòmics. Consta de 22 ítems que avaluen les repercussions negatives sobre determinades àrees de la vida associades a la prestació de cura. El rang de puntuacions oscil·la entre 0 i 88, i els punts de tall proposats pels autors de l'adaptació i la validació són:

Sense sobrecàrrega: 0-46

Sobrecàrrega lleu: 47-55

Sobrecàrrega intensa: 56-88

Formacions i tallers impartits

A la taula 2 podem consultar els tallers, el nombre de sessions, els continguts i els docents encarregats d'impartir-los.

Taula 2 | *Continguts del programa Ajuda al Cuidador dut a terme en els centres de dia de SARquavitae de Mallorca*

Formació	Contingut	N. de sessions	Docent
Taller formatiu «Tenir cura dels qui ens cuiden»	Afrontar la tasca de tenir cura d'algú amb la màxima fortalesa emocional, saber demanar ajuda, atendre les pròpies necessitats i donar el suport sense alterar la salut pròpia.	4	Treballador social
Grups d'autoajuda	Quedaren estructurats en dues parts: una de presentació i desenvolupament de dinàmiques de grup, i una altra d'exposició de vivències pròpies.	4	Treballador social / Terapeuta ocupacional
Formació en el domicili	S'explicaren els criteris d'accés del domicili i les dificultats que això implica per atendre l'usuari.	2	Terapeuta ocupacional
Primers auxilis	S'explicaren coneixements bàsics per identificar i resoldre situacions d'urgència vital, prevenir accidents i aplicar procediments i tècniques en l'autoprotecció i suport a l'assistència sanitària.	2	Infermer/a
Higiene i neteja personal	Es detallà el material necessari per a la higiene en el domicili i tècniques per a la higiene personal de la persona gran.	2	Infermer/a

continua

Formació	Contingut	N. de sessions	Docent
Higiene postural, mobilització i transferència	S'ensenyaren coneixements bàsics per aplicar-los diàriament amb la finalitat d'optimitzar esforços mantenint-ne la qualitat, i sense oblidar-se d'un mateix i cuidar-se des del punt de vista físic i emocional.	2	Fisioterapeuta
Relaxació	S'aplicaren tècniques per afrontar el desgast emocional que produeix l'atenció als usuaris.	4	Fisioterapeuta
Ajudes tècniques i prevenció d'accidents en el domicili	Es detallaren diferents tècniques i recomanacions per prevenir riscos en el domicili, així com l'ús de les diferents ajudes tècniques.	2	Terapeuta ocupacional
Envelliment actiu i benestar	Es donaren una sèrie de recomanacions per a una alimentació saludable, idees per estar motivat i mantenir l'interès per practicar exercici físic, treballar l'activitat mental, la participació social i l'estil de vida.	2	Fisioterapeuta
La farmaciola a casa	S'explicà què ha de contenir una farmaciola i la manera com cal adaptar-la a les necessitats del domicili. Es fomentà rla revisió de la medicació. A més, s'assessorà sobre l'automedicació i la medicació en mal estat.	2	Infermer/a
Cura del peu	S'abordà la cura podal condicionada per tres factors fonamentals: higiene, tipus de calçat i exercici.	2	DUE
Recursos de l'entorn	Es donaren a conèixer tots els recursos adaptats a les persones grans que hi ha a l'abast al barri on s'ubica el centre de dia o al d'origen dels usuaris.	2	Treballador social

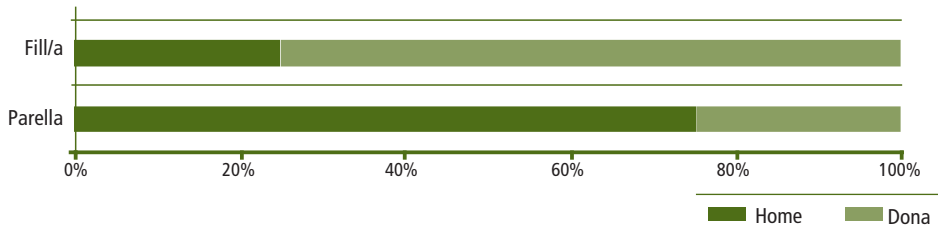
3. Resultats

Els resultats obtinguts han estat analitzats utilitzant el paquet estadístic SPSS v.18, i l'estudi s'ha fet en funció del parentiu entre la persona cuidada i el cuidador. Així, hem definit dos grups: 1. Cuidadors cònjuges o parelles de les persones amb demència, i 2. Fills/es.

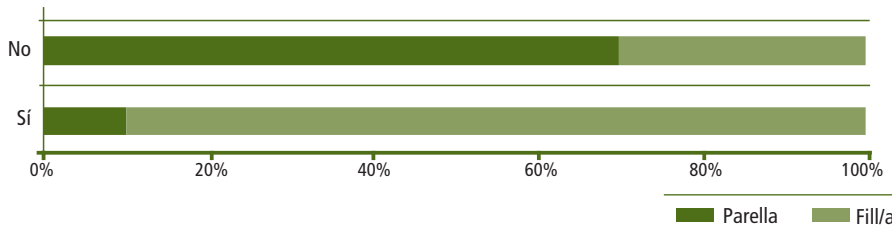
Dels vint cuidadors analitzats, dotze (60%) eren fills (dos homes i deu dones) i vuit (40%), cònjuges (quatre homes i quatre dones) de la persona en situació de dependència. En el gràfic 1, podem observar que el 75% dels fills (nou casos) tenien cura d'una persona de sexe femení. En els cònjuges, aquesta relació s'invertia, amb un 25% d'homes (dos casos) que tenien cura d'un usuari femení.

El 50% de la mostra treballa fora de la llar (deu casos), mentre que el 50% restant no té un treball remunerat. En el gràfic 2, podem observar la distribució d'aquesta resposta en funció del parentiu del cuidador. Així, la majoria (el 90%, nou casos) dels cuidadors que treballen fora del domicili són els fills/es. Les persones que no treballen fora de la llar, el 70% (set casos), són els cònjuges de les persones ateses.

Gràfic 1 | Gènere de la persona cuidada en funció del parentiu del cuidador



Gràfic 2 | Cuidadors que treballen fora de la llar en funció del seu parentiu



Les taules 3 i 4 mostren les dades descriptives de les diades parella-usuari cuidat, fill-usuari cuidat. No hem trobat diferències estadísticament significatives intergrup en els moments de pre i post intervenció. No obstant això, intragrupalment hem detectat diferències estadísticament significatives en la sobrecàrrega del cuidador, mesurat per l'escala de Zarit abans i després de la intervenció. Aquesta diferència ha estat constatada per als dos tipus de cuidadors.

Taula 3 | Estadístics descriptius corresponent a la diada parella-usuari cuidat

	N	Mínim	Màxim	Mitjà	Desviació típica
GDS Pre	8	1	7	4,38	2,326
MMSE Pre	8	3	29	17,75	9,453
Zarit Pre ^a	8	46	67	56,00	7,653
Barthel Pre	8	0	95	55,25	34,062
GDS Post	8	1	7	4,38	2,326
MMSE Post	8	3	29	17,75	9,453
Zarit Post ^a	8	32	58	44,38	10,239

continua

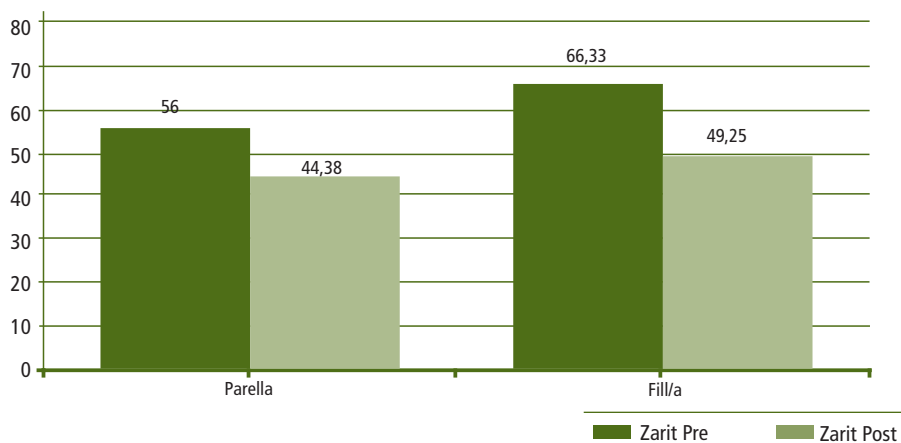
	N	Mínim	Màxim	Mitjà	Desviació típica
Barthel Post	8	0	89	55,50	32,523
N. vàlid (segons la llista)	8				

a. $p < 0,05$ **Taula 4** | Estadístics descriptius corresponents a la diada fill-usuari cuidat

	N	Mínim	Màxim	Mitjà	Desviació típica
GDS Pre	12	1	7	4,58	1,929
MMSE Pre	12	0	27	15,33	8,637
Zarit Pre ^a	12	37	95	66,33	19,504
Barthel Pre	12	12	90	58,50	23,016
GDS Post	12	1	7	4,58	1,929
MMSE Post	12	0	27	15,08	8,554
Zarit Post ^a	12	6	92	49,25	23,468
Barthel Post	12	10	90	57,92	22,909
N. vàlid (segons la llista)	12				

a. $p < 0,05$

En el gràfic 3, podem veure la disminució estadísticament significativa en el nivell de sobrecàrrega de tots dos tipus de cuidadors.

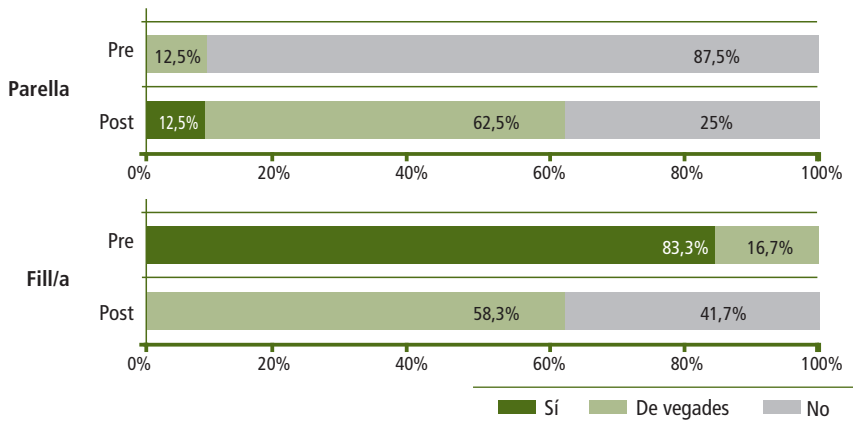
Gràfic 3 | Nivell de sobrecàrrega trobada en els cuidadors mitjançant l'escala de Zarit

Anàlisi de l'eficàcia del programa Ajuda al Cuidador

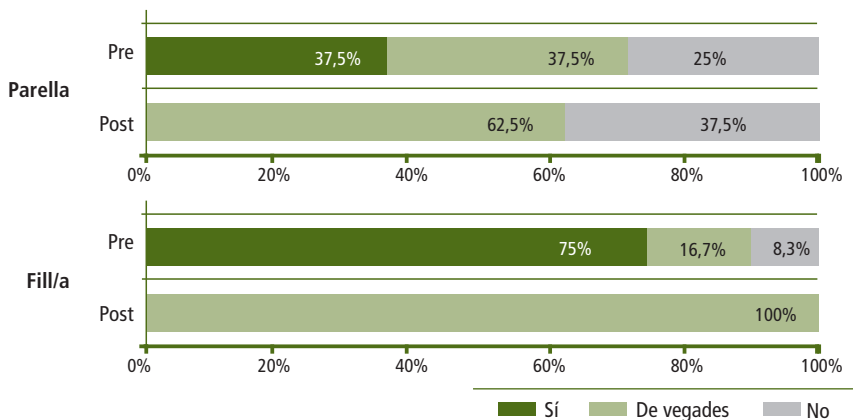
Hem analitzat la informació de què disposaven els cuidadors parella i els cuidadors fills abans de la formació i després. Hem analitzat els residus tipificats corregits de les taules de contingències per identificar aquelles variables en les quals hi poguéu haver diferències estadísticament significatives i en les que no. No vam detectar diferències estadísticament significatives d'intergrup abans i després de la formació, però sí d'intragrup.

A continuació, presentam les variables en les quals hem constatat les diferències més importants i rellevants per al programa desenvolupat.

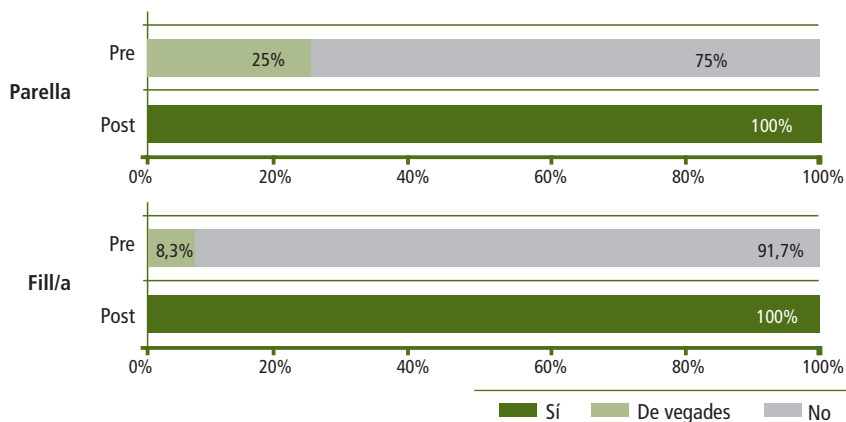
Gràfic 4 | Necessitat d'ajuda i assessorament per part dels cuidadors



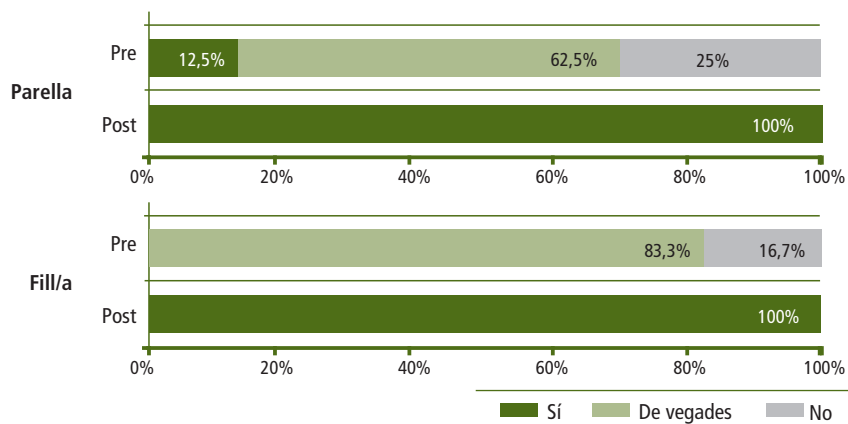
Gràfic 5 | Repercussions negatives de la cura en la vida familiar



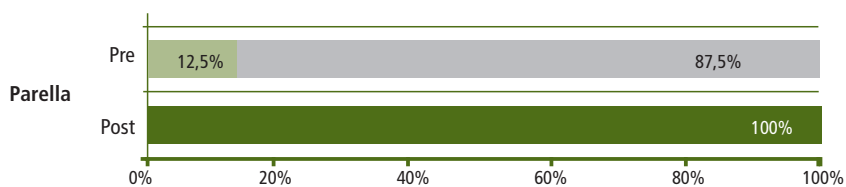
Gràfic 6 | Reconeixement de les cures prestades

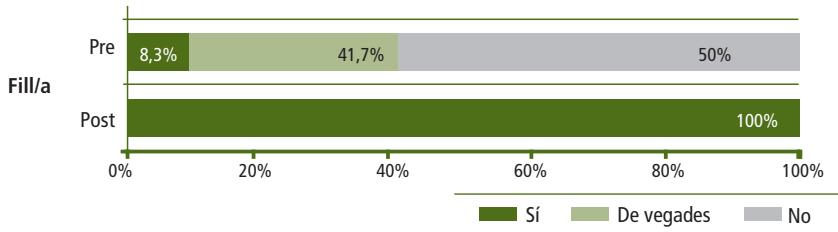


Gràfic 7 | Creieu que sou un bon cuidador?

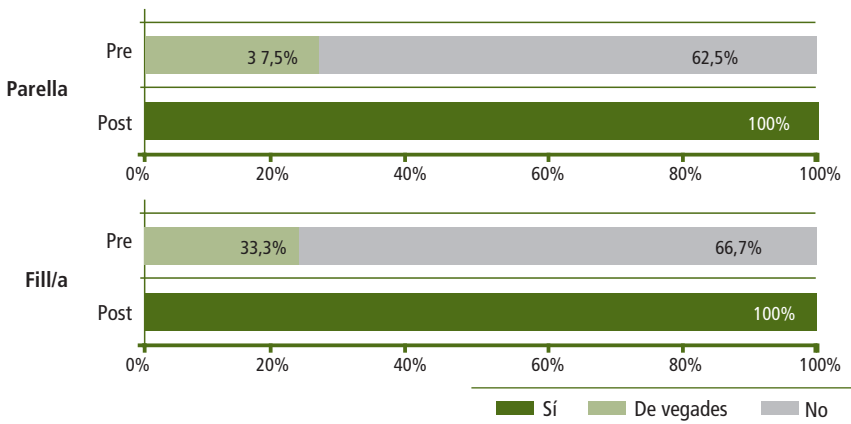


Gràfic 8 | Coneixement sobre mobilitzacions i transferències





Gràfic 9 | Coneixement dels recursos disponibles en el seu entorn



4. Discussió i conclusions

A partir dels resultats obtinguts podem afirmar que sembla que el programa *Ajuda al Cuidador*, dissenyat i aplicat en els centres de dia del Coll d'en Rabassa i de Son Dureta SARquavitae a Mallorca, adreçats específicament als cuidadors, els disminuiria la càrrega que perceben derivada de l'atenció a persones en situació de dependència.

La mostra està formada per dos grups de cuidadors: parelles i fills. La majoria dels cuidadors són dones. Segons l'anàlisi de les dades disponibles, sembla que si no hi hagués cònjuge femení el més probable és que la tasca del cuidador recaigués en una de les filles, per la qual cosa aquesta mostra torna a constatar la feminització de les tasques de la cura sociosanitària. A més, tenint en compte que si el parentiu del cuidador és fill/a, el 83,3% són dones, i, si tenim present que gairebé la totalitat treballa fora del domicili i que ha de compaginar la vida familiar, laboral i les cures principals del seu familiar, augmenta la seva sensació de sobrecàrrega.

En ambdós vincles de parentiu, disminueix d'una manera prou significativa la necessitat d'ajuda i assessorament un cop que ha acabat el programa. La sensació de tenir repercussions negatives en la vida familiar disminueix significativament també en ambdós casos, però és millor quan es tracta dels fills.

Més significatiu és encara el reconeixement percebut i la sensació de ser un bon cuidador. Quan el cuidador és la parella o els fills, el sentiment de reconeixement positiu augmenta considerablement i s'estén a la totalitat de la mostra. Aquests resultats poden ser el reflex de l'augment de la seguretat i l'autoestima, després que el cuidador hagi assistit als diferents tallers de diverses matèries, ja que controla més el treball que du a terme en la rutina d'atenció i cura. De les dotze accions que formen part del programa, havent analitzat les diferències entre la informació de què disposen els cuidadors abans i després de la formació, en destaquen dues, que són les que repercuteixen més positivament a curt termini en el cuidador: la higiene postural, mobilitzacions i transferències, i conèixer els recursos que ofereix l'entorn més immediat. La primera, perquè suposa una disminució de la càrrega física i de les lesions, i la segona, perquè posa a disposició del cuidador els recursos que li ofereix l'entorn que el poden beneficiar i fer-li de suport.

La conclusió més significativa del programa d'Ajuda al Cuidador és que disminueix d'una manera significativa el nivell de sobrecàrrega de les cures, mesurada amb l'escala de Zarit. En el cas de la parella, ha millorat 11,62 punts de mitjana, mentre que quan es tracta d'un fill, la mitjana de millora és de 17,08 punts. Per tant, és evident que el programa té més impacte en els fills. Les causes d'aquest resultat poden ser variables com l'edat, problemes de salut en les parelles, coneixements previs i una actitud més proactiva dels fills.

Si analitzam tots els resultats en conjunt, podem inferir que algunes formacions i alguns tallers han obtingut més bons resultats que d'altres, i els més ben valorats han estat els que incideixen més a curt termini i en el dia a dia en la cura de la persona. La raó podria ser perquè haurien pogut traslladar a la pràctica les accions d'una manera immediata, la qual cosa els hauria permès alleugerir la rutina diària i, per tant, haurien estat considerats més eficaços. No obstant això, caldria valorar en un termini mitjà/llarg si la percepció de la resta de la informació ha variat, ja que probablement hi haurà pogut haver situacions en què els haurà estat útil.

A partir dels resultats obtinguts, constatarem clarament una millora global del sentiment de càrrega del cuidador. Valorem que seria idoni continuar el programa, revisar -ne contínuament els tallers per adaptar-los a les noves circumstàncies i als coneixements dels cuidadors, de manera que el programa evolucioni amb ells.

Referències bibliogràfiques

Castellanos, F., Cid, M., Duque, P., Martín, J. i Toribio, R. (2007). *Plan integral de atención sociosanitaria al deterioro cognitivo en Extremadura*. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

Crespo, M. i López J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Escós, C., Payán, A., Yubero, N., Santos, A. i Olivares, A. (2001). Educación para la salud dirigida a cuidadores informales de enfermos encamados y semienamados en el Área de Salud de Cuenca. A *Trabajo social y salud*, 40, 487-499.

Espin, A. M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. A *Revista Cubana de Salud Pública*, 38.

George, L. K. i Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. A *The Gerontologist*, 26, 253-259.

Ginsberg, J., Martínez, M. F., Mendoza, A. i Pabón, L. (2005). Carga subjetiva percibida por el cuidador y su relación con el nivel de deterioro de pacientes con el diagnóstico de demencia. Influencia de edad, estilo de personalidad y tipo de cuidador. A *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 51, 7-11.

Márquez, M., Losada, A. i Peñacoba, C. (2009). El optimismo como factor moderador de la relación entre el estrés y la depresión de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. A *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 251-255.

Márquez, M., Losada, A., Pillemer, K., Romero, R., López, J. i Martínez, T. (2010). Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo. A *Psicogeriatría*, 2, 93-104.

Martorell, R., García, B., Herranz, E. i Ferreras, P. (2015). Anàlisi de la sobrecàrrega de cuidadors de persones en situació de dependència ingressades en centres residencials. A *Orte Socias, C. (dira.). Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2015*. Palma: Universitat de les Illes Balears, 321-334.

Lopesino, A. (2014). Proyecto técnico "Servicio Integral de los centros de día de Son Dureta, Coll d'en Rabassa i Son Sardina". Número exp.: 11/2014 Conc./Serv. Sarquavitae.

López, M. i Pérez, C. (1999). Talleres de orientación y apoyo a familiares de cuidadores de enfermos con demencias. A *A tu Salud. Revista de Educación para la Salud*, 26, 18-24.

Losada, A. Izal, M. Montorio, I. Márquez, M. i Pérez, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. A *Revista de Neurología*, 38, p. 701-708.

Losada, A. Peñacoba, C. Márquez, M. i Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Madrid: Ediciones Encuentro.

McGilloway, S. i Donnelly, M. (1997). The experience of caring for former long-stay psychiatric patients. A *British Journal of Clinical Psychology*, 36, p. 149-151.

Zarit, S. H. Reeve, K. E. i Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. A *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Autores

BÁRBARA GARCÍA ARREDONDO

Granada (1989). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Postgrau d'Intervenció Social sobre Famílies (Universitat de València, UV). Postgrau de Direcció i Gestió de Centres Sociosanitaris (Universitat Alfons X el Savi, UAX, i Escola Superior Balear, ESB). Experta en Atenció Geriàtrica i Gerontològica per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Des de 2010, ha desenvolupat la carrera professional en serveis sociosanitaris i d'atenció a la dependència, en centres de dia i centres residencials per a gent gran. Des de final de 2014, és la coordinadora del centre de dia Coll d'en Rabassa, gestionat per SARquavitae.

EVELYN GARCÍA RODRÍGUEZ

Barcelona (1974). Diplomada en Treball Social per la Universitat de Treball Social de Barcelona (UB). Màster Superior en Direcció d'Empreses Sociosanitàries per la Cambra de Comerç de les Illes Balears. Agent Expert en Inserció Social per la UGT. Des de 1998, ha desenvolupat la carrera professional com a treballadora social en diferents organismes públics i privats. Des de 2011 fins a l'actualitat és la coordinadora del centre de dia Son Dureta, gestionat per SARquavitae.

ELSA HERRANZ SANZ

Madrid (1983). Diplomada en Treball Social per la Universitat Complutense de Madrid (UCM). Experta Universitària en Direcció de Centres de Serveis Socials per l'Escola Superior de Postgrau en Ciències de la Salut, Madrid. Experta Universitària en Model Sistèmic Relacional en Tractament Social i Familiar per la Universitat Complutense de Madrid (UCM). Des de 2006, ha desenvolupat la carrera professional en centres residencials del sector de la dependència. Des de 2011 fins a final de 2014, ha estat la coordinadora del centre de dia Coll d'en Rabassa, gestionat per SARquavitae. Des de final de 2014 fins a l'actualitat, és la responsable d'atenció al client dels centres residencials SARquavitae de les illes Balears.

AMELIA ANTONIA RÓDENAS BARCOS

Palma (1976). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Postgrau en Tècnic en Inserció Sociolaboral de la Universitat de València. Ha participat en les Jornades Tècniques sobre el Procediment d'Incapacitat Legal, organitzades per l'Ajuntament de Palma. Ha participat en les Jornades sobre Exclusió Social de la UNED, a Ponferrada. Des de 2013, ha desenvolupat la carrera professional en serveis socio-sanitaris i d'atenció a la dependència i en el camp de menors. Des de final de 2015 fins a l'actualitat és la coordinadora del centre de dia de Son Sardina, gestionat per SARquavitae.

**HOSPITALITZACIÓ A
DOMICILI EN L'ENVELLIMENT:
APLICABILITAT I AVANTATGES**

Hospitalització a domicili en l'envelliment: aplicabilitat i avantatges

Manuel del Río Vizoso

Resum

L'hospitalització a domicili (HAD) és una modalitat assistencial que permet l'atenció a pacients al seu domicili que, d'una altra manera, romandrien ingressats en un hospital. És una atenció especialitzada, d'alta intensitat i curta durada, que busca millorar la qualitat assistencial mantenint els alts estàndards de qualitat de l'atenció hospitalària, evitant estades innecessàries, infeccions hospitalàries, síndromes confusionals i afavorint la sostenibilitat del sistema sanitari, la comunicació entre el pacient, la família i l'equip sanitari i educant el pacient i la família en les cures de la seva malaltia al domicili, detectant *in situ* les dificultats de l'autocura.

Vam recollir de forma prospectiva els casos dels pacients ancians ingressats en HAD en els últims deu anys i vam analitzar diferents variables i programes específics de la unitat, com l'atenció al pacient fràgil amb MPOC i la quimioteràpia a domicili. Es va revisar la literatura científica existent sobre HAD en ancians, prestant una atenció especial a la seguretat, l'aplicabilitat i els avantatges.

Les dades van ser congruents amb una població anciana amb pluripatologia, i l'estada en HAD va ser segura, satisfactòria i amb alta eficiència per al sistema sanitari quant a resultats de salut i estalvi de costos pel que fa a l'hospitalització convencional.

Resumen

La hospitalización a domicilio (HAD) es una modalidad asistencial que permite la atención a pacientes en su propio domicilio que, de otra manera, permanecerían ingresados en un hospital. Es una atención especializada de alta intensidad y corta duración, que busca mejorar la calidad asistencial manteniendo los altos estándares de calidad de la atención hospitalaria, evitando estancias innecesarias, infecciones hospitalarias, síndromes confusionales y favoreciendo la sostenibilidad del sistema sanitario, la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo sanitario y educando al paciente y la familia en los cuidados de su enfermedad en el domicilio, detectando *in situ* las dificultades del autocuidado.

Recogimos de forma prospectiva los casos de los pacientes ancianos ingresados en HAD en los últimos diez años y analizamos distintas variables y programas específicos de la unidad, como la atención al EPOC frágil y la quimioterapia a domicilio. Se revisó la literatura científica existente sobre HAD en ancianos, prestando especial atención a la seguridad, la aplicabilidad y las ventajas.

Los datos fueron congruentes con una población anciana con pluripatología, y su estancia en HAD fue segura, satisfactoria y con alta eficiencia para el sistema sanitario en cuanto a resultados de salud y ahorro de costes con respecto a la hospitalización convencional.

1. Introducció

L'hospitalització a domicili (HAD) es defineix com una alternativa a l'hospitalització convencional capaç de dur a terme, al domicili del pacient, procediments diagnòstics, terapèutics i cures similars als dispensats als hospitals. És proporcionada per professionals de salut especialitzats, dependents de l'hospital, durant un període de temps limitat, a pacients que, d'una altra manera, haurien precisat atenció en un hospital en qualsevol de les seves àrees.

L'HAD, per tant, busca portar l'hospital al domicili del malalt. És important, per motius operatius i d'eficiència, diferenciar l'atenció primària (AP), en què també es fan visites domiciliàries, de l'HAD. L'HAD substitueix l'hospital però no a l'AP, perquè la seva labor és complementària. Es diferencien en la intensitat i complexitat de cures, que són altes per definició en l'HAD, i en el fet que el temps (dies o setmanes) d'atenció en l'HAD és limitat i de llarga durada en el cas de l'AP. Tenir clars els límits i les diferències ajuda a ser més operatius, evitant la duplicitat de recursos assistencials, i a ser, per tant, més eficients en les cures de salut. De fet l'HAD és un gran instrument per garantir la tan anhelada i moltes vegades inexistent, per desgràcia, continuïtat assistencial entre l'hospital i l'AP quan es comparteix el lloc d'atenció i es poden fer, fins i tot, visites conjuntes de forma puntual.

2. Història

La primera unitat d'HAD sorgeix l'any 1947 a Nova York, a l'Hospital Guido Montefiore, del Bronx, creada pel Dr. Bluestone per descongestionar l'hospital i per trobar una situació social i psicològica més favorable per al pacient. El desenvolupament des de llavors ha estat exponencial i actualment hi ha més de 3.000 agències certificades que apliquen l'HAD als EUA i nombrosos recursos en xarxa per formar professionals que vulguin fer la seva activitat en aquesta modalitat (www.hospitalathome.org).

A Europa arriba quatre anys més tard, el 1951, a l'Hospital Tenon de París. En els anys següents s'estén a altres països europeus, com Gran Bretanya, Suècia, Holanda, Itàlia i Alemanya. Al nostre país, la primera iniciativa d'HAD es duu a terme el 1981 a Madrid, a l'antic Hospital Provincial (l'actual Hospital Gregorio Marañón), i després s'estén al País Basc (Hospital de Cruces) i a la resta de comunitats. Actualment, segons dades de la Societat Espanyola d'Hospitalització a Domicili (SEHAD), hi ha més de 110 unitats repartides en totes les comunitats autònomes (www.sehad.org/directorio_unidades.html) amb diferents graus d'implantació, i en destaquen les del País Basc i la Comunitat Valenciana, que suposen el 100% del territori atès per unitats d'HAD.

A les Illes Balears hi ha dues unitats d'HAD: la més veterana, que va ser fundada el 2000 a l'hospital Can Misses, i la de l'Hospital Universitari Son Dureta, actual Son Espases, creada el 2005. En el mateix any, es va muntar una unitat similar a l'Hospital Son Llatzer, que posteriorment es va tancar. Després de deu anys de marxa, la unitat ha atès més de 5.000 pacients al seu domicili i recentment ha ampliat la seva capacitat per poder atendre uns 800-900 pacients l'any, evitant estades innecessàries a l'hospital.

No tots els pacients hospitalitzats poden d'ingressar o han d'ingressar en una unitat d'HAD. S'empren criteris d'inclusió generals acceptats per totes les unitats d'HAD espanyoles i s'individualitza el cas en funció de la realitat social i clínica del pacient. Així, els criteris generals d'inclusió en totes les unitats d'HAD són:

- **Necessitat d'ingrés hospitalari:** les cures de l'HAD, per definició, impliquen que el pacient hauria d'estar ingressat en cas que no existís la unitat d'HAD. Si el pacient pot ser atès en un dispositiu assistencial diferent de l'hospital, com ara AP, consultes externes o hospital de dia, no ha d'ingressar a l'HAD. La unitat d'HAD substitueix, com ja s'ha dit, totalment o parcialment l'ingrés hospitalari.
- **Situació social adequada:** el pacient ha d'estar acompanyat al seu domicili o, si no és possible, ser independent i tenir una condició que li permeti l'autocura. A més, ha de disposar de telèfon i condicions higièniques adequades al seu domicili.
- **Domicili en isòcrona de 20 a 30 minuts al voltant de l'hospital:** el personal de la unitat ha de poder accedir de manera ràpida al domicili del malalt en cas que aquest ho necessiti per la seva seguretat. Les demores podrien ocasionar problemes clínics greus.
- **Acceptació de l'ingrés per part del pacient i cuidador:** l'HAD és un recurs voluntari que substitueix l'hospital i que es basa en la confiança mútua entre el pacient, el seu cuidador i la unitat. Si el pacient o el familiar no se senten còmodes o segurs estant hospitalitzats al seu domicili, no s'ha de forçar l'ingrés i han de romandre a l'hospital.

Els pacients que compleixen els criteris d'inclusió són atesos al domicili en les mateixes condicions que si estiguessin al llit de l'hospital. Per això, la unitat d'HAD disposa d'una cartera de serveis adequada a les necessitats sanitàries del pacient: una sèrie de proves, com les radiològiques, la medicina nuclear o la radioteràpia, es porten a terme a l'hospital, però la resta de proves, com les analítiques de laboratori o les microbiològiques; proves invasives, com la toracocentesi o paracentesi; transfusions d'hemoderivats, infusions de quimioteràpics o tractament antibiòtic parenteral ambulatori, entre altres, es fan al domicili diàriament amb total seguretat i satisfacció i amb resultats de salut similars als hospitalaris, si no, més bons. Al domicili es poden col·locar vies perifèriques, fer cures complexes,

rebre oxigen de manera contínua, administrar aerosols i, fins i tot, fer polisomnografies o ventilació mecànica no invasiva.

D'acord amb aquesta cartera de serveis, s'estan ingressant diàriament pacients amb infeccions, com pneumònies; infeccions del tracte urinari, abdominals, com ara diverticulitis o colecistitis; endocarditis, meningitis o osteomielitis; descompensacions de patologies cròniques, com insuficiència cardíaca, MPOC (malaltia pulmonar obstructiva crònica) o cirrosi hepàtica; pacients amb quimioteràpia per leucèmia mieloide; pacients dependents amb necessitat de transfusions freqüents; amb malabsorció o impossibilitat d'alimentació enteral per a nutrició parenteral domiciliària; ancians amb síndrome confusional aguda; atenció a pluripatològics o crònics descompensats; tromboembolisme pulmonar, infeccions postquirúrgiques o úlceres per decúbit, etc.

Per atendre de forma segura i satisfactòria els nostres pacients, hem de cobrir les seves necessitats de salut durant el temps en què estan ingressats en la unitat, les 24 hores dels 365 dies de l'any. Tots els dies de l'any, de les 8 h del matí a les 9 h de la nit, el personal propi de l'HAD, compost per metges i infermeres està disponible per al pacient. En el període comprès entre les 9 h de la nit i les 8 h del matí, i durant totes les nits de l'any, és el Servei d'Urgències Extrahospitalàries, el 061, el que atén les necessitats urgents d'atenció dels pacients ingressats en HAD. És un exemple de col·laboració entre dispositius assistencials que garanteix la seguretat i satisfacció del pacient i permet l'ús eficient dels recursos sanitaris del sistema sanitari.

L'HAD ha demostrat, com veurem més endavant, nombrosos avantatges durant més de 50 anys d'existència. Els més notables són els següents:

- Evita la despersonalització que sofreix el pacient quan ingressa en un hospital.
- Humanitza la relació metge-pacient, la qual cosa reduna en millors resultats de salut.
- Integra i corresponsabilitza el pacient i la família en les cures del pacient, formant i informant de la seva malaltia en un entorn favorable al pacient.
- Evita els trasllats diaris dels familiars a l'hospital.
- Anul·la la possibilitat d'infeccions nosocomials i disminueix en gran percentatge els episodis de síndrome confusional o deliri agut.
- Millora la gestió de llits hospitalaris mitjançant un ús més eficient dels recursos, reduint els costos marginals per procés i alliberant llits que poden destinar-se a altres pacients en espera des d'Urgències o a reduir llistes d'espera quirúrgica.

3. Estudis sobre l'HAD del pacient gran

Amb la finalitat de conèixer la tipologia dels pacients ancians atesos a la nostra unitat en els últims deu anys i comparar els seus resultats de salut amb els pacients més joves, presentem les dades de la nostra unitat en aquest període. A més, presentem dades sobre dos programes específics que la unitat d'HAD de Son Espases duu a terme en col·laboració amb altres serveis per atendre de manera més eficient i amb índexs més alts de satisfacció malalts ancians amb patologies cròniques i debilitants.

3.1. Estudi sobre ancians atesos en HAD en els últims 10 anys

3.1.1. Material i mètodes

La unitat d'HAD de l'Hospital Son Espases està composta per 3 metges, 8 infermeres i una administrativa i pot atendre uns 25 pacients diaris. Té una cartera de serveis, una activitat homologable a la de qualsevol unitat d'HAD del país i atén una població amb patologia complexa, que pertany a l'hospital de referència de les Illes Balears. En els dos últims anys, ha augmentat significativament la seva activitat, i ha passat d'acollir 439 malalts el 2014 a 650 el 2015. En aquest any, 2016, l'increment és del 20% de l'activitat comparat amb l'any passat en els cinc primers mesos, la qual cosa reflecteix el creixent interès i la forta instauració de l'HAD a Son Espases. Per valorar l'assistència hospitalària en domicili dels pacients ancians sota la modalitat d'HAD, es van recollir de forma prospectiva els casos dels pacients majors de 65 anys atesos a la unitat del nostre hospital en els últims deu anys, analitzant les dades epidemiològiques, el tipus de patologia atesa, els serveis que enviaven al pacient a la unitat d'HAD, l'estada a la unitat i els resultats finals de l'HAD per a cada pacient. Es va revisar la literatura científica existent sobre HAD en pacients més grans de 65 anys, prestant especial atenció a la seguretat i aplicabilitat de la modalitat assistencial i valorant els seus avantatges sobre l'hospitalització convencional en aquesta població.

3.2. Resultats

Es van recollir 4.583 ingressos en la unitat d'HAD durant els 10 anys de l'estudi. D'aquests, 2.655 (el 57,93%) eren més grans de 65 anys. L'edat mitjana era de 75,42 anys (65-101) i l'estada mitjana de 9,48 dies (2-90). El 60,9% procedien de la planta hospitalària, el 23,23% de l'àrea d'Urgències, l'11,26% de consultes externes i la resta d'altres àrees. Per serveis, el 30,8% procedien de pneumologia, 24,74% de medicina interna i infeccioses, el 23,23% d'urgències i la resta d'altres serveis. Quant a les patologies més ateses, les malalties infeccioses respiratòries i urinàries i les descompensacions de malalties cròniques (MPOC i insuficiència cardíaca) van ser les prevalents. De tots els pacients, el 7,04% van reingressar-hi durant l'episodi d'HAD i la resta van completar l'hospitalització. Va haver-hi dos èxits (0,07%). Pel que fa al subgrup de pacients menors de 65 anys, els pacients més grans hi van reingressar en més ocasions, els èxits

van ser els mateixos, la procedència des de consultes o urgències va ser més baixa i des de planta convencional més alta, procedien més de medicina interna i infeccioses o urgències que de pneumologia i la seva estada mitjana va ser de dos dies més, la qual cosa és congruent amb una població més dependent i amb més comorbiditat, especialment el pacient amb MPOC.

4. Estudi sobre pacients fràgils amb MPOC

4.1. Material i mètodes

Definim el pacient fràgil amb MPOC com el pacient amb MPOC amb dos o més ingressos hospitalaris en l'últim any que no té dificultats per accedir periòdicament a l'hospital i el pronòstic del qual no està condicionat per patologies diferents de l'MPOC. Sota aquestes premisses, el nostre hospital va muntar una consulta específica per a pacients fràgils amb MPOC i va incloure 34 pacients amb un maneig específic de la seva patologia. La nostra hipòtesi va ser que aquest maneig alternatiu podria fer disminuir els ingressos hospitalaris, el nombre d'estades, les consultes a urgències, la morbiditat i millorar la qualitat de vida d'aquests pacients, a més de suposar un estalvi per al sistema sanitari. Els nostres objectius, en plantejar l'estudi, van ser avaluar l'eficàcia del maneig dels pacients fràgils amb MPOC en consultes específiques enfront del maneig convencional i, en una segona anàlisi, descriure la relació d'aquest dispositiu amb una unitat d'HAD. Es van consensuar protocols diagnòstics i terapèutics segons l'evidència disponible, de manera que la qualitat d'atenció i els resultats de salut fossin els mateixos que en cas de romandre a l'hospital. Es van determinar els canals de comunicació que permetessin una forma més àgil i eficient d'actuació. Es comptava amb una experiència prèvia en comú en el tractament d'aquest tipus de pacients però no estava estructurada de forma tan eficient. La imbricació de la unitat d'HAD en l'activitat de la consulta de pacients fràgils amb MPOC, formant una unitat funcional composta de dos serveis diferents amb especialistes de diferents especialitats i infermeria especialitzada, ampliava la cartera de serveis al pacient utilitzant les sinergies creades. Aquests objectius es van valorar anualment, i es van recollir en aquesta part de l'estudi els resultats dels primers tres anys del programa, tant de la cohort de malalts amb MPOC atesos de forma integral, comparant els seus resultats de salut amb els dels malalts atesos de forma convencional, com del subgrup que va ingressar en HAD dins del seu maneig alternatiu. Es van recollir dades sobre nombre d'ingressos, estades, visites a urgències i mortalitat. Les dades d'HAD es van recollir de forma prospectiva durant un període estès de tres anys, posant èmfasis en epidemiologia, resultats i seguretat.

4.2. Resultats

Taula 1 | *Dades de referència de tots els pacients*

Variables	Casos (n=34)	Controls (n=35)	p value
Edat	67,6 ± 7,66	71,9 ± 10,14	p= 0,072
FEV ₁ (L)	0,83 ± 0,26	1,29 ± 0,54	p= 0,0001*
Dispnea (mMRC)	2,7 ± 0,88	1,91 ± 0,85	p= 0,0018*
Nombre d'ingressos anteriors	3,1 ± 1,62	2,86 ± 1,31	p= 0,369
Nombre de dies d'ingressos previs	22,5 ± 14,2	13,1 ± 10,4	p= 0,023*
Percentatge d'ingressos per IRH (%)	88 ± 17,9	70,8 ± 28,8	p= 0,112

IRH: insuficiència respiratòria hipercàpnica

mMRC: escala de dispnea modificada

*p < 0,05 és significativa per la prova de Mann-Whitney.

Taula 2 | *Resultats*

Variables	Casos (n=34)	Controls (n=35)	p value
Visites al servei d'urgències	0,21 ± 0,41	0,66 ± 1,3	p= 0,325
Ingressos hospitalaris	0,27 ± 0,57	2,5 ± 1,96	p < 0,0001*
Dies d'hospitalització	1,97 ± 4,59	13,01 ± 11,73	p < 0,0001*
Nombre de cicles de corticosteroides orals	1,1 ± 1,48	2,9 ± 2,53	p= 0,0002*
Nombre de cicles d'antibiòtics	1,4 ± 1,48	3,1 ± 2,36	p= 0,0005*
Mortalitat (%)	4 (11,8)	6 (17,14)	p= 0,70

*p < 0,05 és significativa per la prova de Mann-Whitney.

Del total de malalts en seguiment, durant els tres anys de la segona part de l'estudi, van ingressar-ne 21 (el 60%) a la unitat d'HAD, amb un total de 53 ingressos (1-7), 463 estades (mitjana: 8,73, 4-25), 7 ingressos al cap de 30 dies de l'alta (el 13% dels ingressos) i el reingrés durant l'HAD. L'edat mitjana va ser de 65,5 anys i el 57% van ser homes.

5. Quimioteràpia domiciliària

5.1. Material i mètodes

L'objectiu de l'estudi va ser descriure l'experiència de la Unitat d'HAD de l'Hospital Universitari Son Espases amb l'administració a domicili (AD) d'azacitidina. Addicionalment es van comparar els costos associats amb l'AD d'azacitidina enfront dels associats a l'administració en hospital de dia (HDDA). Per això es va dissenyar un estudi observacional,

retrospectiu d'una cohort de pacients que han rebut com a mínim un cicle d'AD amb azacitidina fins al 29 de febrer de 2016. Per recollir la satisfacció del pacient i cuidador amb el servei, es va dissenyar una enquesta de satisfacció amb 9 ítems utilitzant una escala de valoració estimativa amb 5 nivells. Es va fer una anàlisi descriptiva de les variables sociodemogràfiques, les relacionades amb la patologia i l'AD d'azacitidina i una anàlisi de l'impacte econòmic respecte a l'HDDA, des de la perspectiva social.

5.2. Resultats

L'edat mitjana dels pacients inclosos en l'estudi ($n = 8$) va ser de 70,5 (IC-95% = 62,6 – 78,4) anys i el 75% ($n = 6$) eren homes. Cap dels pacients inclosos en l'anàlisi era actiu des del punt de vista laboral. Dels 7 pacients sobre els quals s'ha obtingut informació sobre el cuidador, 6 (el 86%) van manifestar que necessitaven un cuidador, un dels quals era remunerat. En total, es van administrar 38 cicles d'AD i la dosi mitjana administrada va ser de 138,72 mg (IC 95% 134,66 – 142,78 mg). El cost total associat a l'AD va ser de 74.878 € (1.970 €/cicle), mentre que el cost total hipotètic associat a la mateixa cohort a l'administració en HDDA va ser de 145.176 € (3.820 €/cicle). Tant els pacients com els seus cuidadors s'han sentit segurs durant l'AD i estan molt satisfets amb el servei que han rebut. No es van presentar més complicacions de les habituals en el tractament amb aquest fàrmac i van ser solucionades sense necessitat de traslladar el pacient a l'hospital ni de fer cap reingrés hospitalari.

6. Discussió

L'envelliment progressiu de la població espanyola en les últimes dècades a Espanya, fenomen similar a l'observat en altres països del nostre entorn, es deu en gran manera al desenvolupament de polítiques de salut pública adequades i als avanços tecnològics. Així, patologies que eren mortals no fa gaire s'han convertit en cròniques, per la qual cosa ha canviat el model d'atenció al pacient agut propi dels hospitals pel model de cronicitat que ara predomina als llits hospitalaris. L'esperança de vida s'allarga i es gaudeix de més qualitat de vida però apareixen la cronicitat, la pluripatologia i la multimorbiditat. Això és un repte sanitari de primer ordre, tant mèdic com social, i amenaça de disparar els costos sanitaris. Les expectatives per als propers anys no són gaire esperançadores en aquest sentit, atès que s'espera que el 2020 hi hagi uns 9 milions de persones més grans de 65 anys i, d'aquestes, el 20% siguin persones més grans de 80 anys. El col·lectiu de pacients ancians es caracteritza perquè són més dependents, tenen més patologies, més prevalença de cronicitat i, per tant, una freqüentació més alta dels centres de salut i hospitals juntament amb una despesa farmacèutica més alta. El sistema sanitari espanyol, com altres sistemes europeus, no està preparat per al canvi de dinàmica sanitària que ja està ocorrent i segueix establert en l'atenció primària i els hospitals com a instruments, amb poca presència de

recursos socio-sanitaris i xarxes d'atenció al pacient pluripatològic que permetin evitar estades hospitalàries innecessàries i evitin aguditzacions de les seves malalties, la qual cosa milloraria la qualitat i les expectatives de vida de les persones i reduiria els costos sanitaris.

Les nostres dades demostren que l'HAD és aplicable a pacients ancians. Les dades de seguretat ho demostren. El nostre estudi és descriptiu, amb les limitacions que això comporta, però evidencia que un alt percentatge dels pacients que s'atenen en la nostra unitat són ancians. Com caldria esperar, les estades són lleugerament més llargues en comparació amb les dels pacients més joves, la qual cosa s'explica perquè els pacients ancians solen tenir pluripatologies i una reserva funcional més reduïda. Aquesta complexitat pot ser la causa que reingressin més sovint, encara que les dades són molt similars. Això no va tenir repercussió en la mortalitat, que va ser la mateixa en tots dos grups. La procedència des de planta d'hospitalització més habitual s'explica de nou per la complexitat del pacient i la probabilitat més alta que tingui malalties avançades que impedeixen, en un primer moment i atesa la gravetat del quadre, l'ingrés en HAD des de consultes o urgències. Que la procedència del pacient ancià sigui més sovint la planta de medicina interna que la de pneumologia no és estrany, ja que els internistes són els metges que tracten més freqüentment la comorbiditat atesa la seva formació global i multidisciplinària. El fet que al nostre hospital el servei de medicina interna s'hagi involucrat en la gestió de la realitat del pacient crònic i pluripatològic, juntament amb la tendència a l'envelliment poblacional que anteriorment hem assenyalat, fa pensar que cada vegada més malalts es podran beneficiar de l'HAD.

Els nostres resultats són congruents amb el descrit en la literatura científica. Així, nombrosos estudis han demostrat que l'HAD és una alternativa segura en l'hospitalització convencional, amb resultats de salut similars o, fins i tot, millors en determinades patologies i que disminueix el risc d'esdeveniments adversos associats a la institucionalització en ancians (caigudes, síndromes confusionals, deliri, iatrogènia...). L'HAD permet la reincorporació funcional de l'ancià abans que a l'hospital (3) perquè el pacient manté les seves referències psicològiques i d'entorn. Cal no oblidar que l'ingrés hospitalari suposa un desordre, un trastorn per a l'individu que, de sobte, es troba en una realitat estranya, es despersonalitza i tendeix a la reclusió, ja sigui física (permanència en una habitació de vegades compartida, en un llit i sense possibilitat de passejar més enllà d'uns pocs metres) o psíquica (allunyament de la seva família, trastorn de ritmes de somni, canvis en horaris i tipus d'alimentació).

L'HAD suposa un gran avantatge atès que es mantenen totes les referències del pacient intactes, perquè utilitza el seu domicili i la seva habitació com a lloc del tractament. Un altre avantatge de l'HAD en aquests pacients és que limita la iatrogènia en disminuir el nombre de proves complementàries, analítiques, radiografies i de procediments invasius (sondatges, vies centrals, etc.) als quals se sotmet el pacient. La iatrogènia també és

també és més reduïda per dos motius importants: el primer, el pacient segueix amb la seva medicació habitual i només es modifica el que necessiti per al seu episodi de descompensació. A l'hospital se solen canviar els fàrmacs habituals per altres de similars però hi ha força canvis en posologies, infradosificació o sobredosificació per errors en la conciliació farmacèutica. Al domicili no es produeixen aquests canvis; s'empra la mateixa medicació que usa habitualment el pacient i es pot comprovar in situ que la informació que té el clínic sobre la medicació és la correcta. L'altre motiu que disminueix la iatrogènia és que la incidència de síndromes confusionals és molt més reduïda perquè el pacient manté les seves referències espacials i està acompanyat per la seva família de la forma habitual, per la qual cosa no és necessari l'ús de contencions o sedacions davant episodis d'agitació, tan freqüents a l'hospital i que provoquen força problemes al pacient i la seva família.

La seguretat i eficàcia de l'HAD s'ha demostrat per a diverses patologies. Això és així fins i tot en pacients ancians. El tractament parenteral antibiòtic ambulatori es pot administrar amb seguretat al domicili. Les descompensacions de malalties cròniques, com la insuficiència cardíaca i l'MPOC, de la qual més tard parlarem, també s'estan tractant amb èxit al domicili. És clau disposar de criteris fiables per ingressar al domicili pacients ancians de forma fiable i segura. Hi ha pocs treballs sobre aquest tema, però un d'ells va demostrar que utilitzant criteris clínics podem disminuir el nombre de complicacions i reingressos hospitalaris i donar assistència clínica adequada a diferents patologies en domicili amb intensitat i complexitat hospitalàries.

Una de les crítiques que se li fan a l'HAD és que transfereix la càrrega de la cura del pacient des de l'hospital al cuidador o familiar. De fet, un dels criteris d'ingrés en aquestes unitats és l'acceptació del cuidador i la valoració d'una situació social correcta. La realitat és ben diferent. A més de la comoditat de no desplaçar-se diàriament a veure el familiar ingressat, de no haver de passar la nit en una habitació d'hospital que no està preparada per a això, de les despeses associades a aquests trasllats i de la disrupció vital que això suposa, el cuidador del pacient se sent involucrat en el tractament i cures, participa en l'atenció al malalt i comprèn més bé la malaltia. Un estudi elaborat amb pacients ancians hospitalitzats a domicili amb patologies com pneumònia, insuficiència cardíaca o MPOC corrobora que l'estrès del cuidador és més reduïda que a l'hospital i la satisfacció és més gran. D'altra banda, el personal d'aquestes unitats mostra més satisfacció i compromís amb aquestes unitats perquè els permet entaular una relació més propera amb el pacient i els seus familiars. L'HAD fa que el pacient, i no l'hospital, sigui el veritable protagonista i humanitza les cures sanitàries. L'exercici de la medicina es torna, així més amable i permet desenvolupar molt més conceptes com la formació del pacient i la família en la malaltia i la coresponsabilitat en les cures sanitàries, entenent que el pacient és el principal interessat a involucrar-s'hi.

Una vegada descrita l'aplicabilitat en pacients ancians, mantenint els estàndards de qualitat d'atenció de l'hospital (o superant-los, com hem vist), detallant la variabilitat de patologies que es poden atendre al domicili amb l'àmplia cartera de serveis de la qual disposen, coneixent els avantatges que suposa per a la població anciana i els seus cuidadors i demostrant la satisfacció dels actors del procés assistencial, intentarem respondre a l'altra gran dubte que aquestes unitats plantegen: són més eficients? Entenem eficiència com la relació entre els resultats de salut i els costos que comporten. Com hem vist, els resultats de salut de l'HAD, en pacients i patologies seleccionades, són iguals o millors que a l'hospital, però, com són els costos?

Un dels problemes de l'HAD, sobretot a Espanya, és la heterogeneïtat. És difícil comparar unitats perquè no existeixen estàndards ni indicadors fiables, la seva estructura és diferent, les patologies i els programes d'atenció sanitària són diferents i no hi ha normalització de l'HAD a Espanya: unes unitats atenen cures pal·liatives i altres no, altres inclouen l'activitat d'hospital de dia dins dels seus balanços; altres depenen d'urgències, medicina interna o cirurgia i altres d'adreça mèdica; unes tenen capacitat per a 15 malalts i altres per a 90; unes cobreixen 24 hores i altres només 8... Són només exemples de les diferències notables entre unitats que fan complexa l'anàlisi comparativa. Des d'aquestes limitacions, i revisant el que s'ha publicat en la literatura, trobem abundant evidència que l'HAD aconsegueix excel·lents resultats en salut, amb gran satisfacció i elevada qualitat, amb els mateixos costos o amb costos més reduïts. L'any 1994 Peiró ja va demostrar que a Espanya els costos de l'HAD eren més reduïts que els de l'hospitalització convencional però amb una excepció: només si se substitueixen els llits d'hospital per llits d'HAD. És a dir, si el que es fa és mantenir el nombre de llits i augmentar la capacitat de l'hospital via HAD el que s'aconsegueix és augmentar la despesa, si bé s'aconsegueix de forma més eficient.

Altres autors han revisat aquesta qüestió però les seves revisions o bé són parcials – esquemes d'alta precoç enfront de substitució total de l'hospitalització – o són estudis d'HAD en altres països amb altres models, la qual cosa fa difícil extrapolar dades a la realitat de l'HAD espanyola. Amb aquests condicionants i en el grup d'ancians, nombrosos autors conclouen que l'HAD permet disminuir estades hospitalàries amb estalvi en costos de fins al 19% en alguns estudis. Finalment, i per tancar aquest tema, cal ressaltar per la seva potència i representativitat una metanàlisi australiana de l'any 2012 que inclou diversos estudis d'HAD espanyoles i que conclou que l'HAD s'associa amb reduccions en mortalitat, reingressos i costos i, com ja hem explicat, augmenta la satisfacció del pacient i familiars sense sobrecàrrega del cuidador.

Quant als subestudis que esmentem de pacients ancians amb MPOC i de pacients en tractament amb quimioteràpia domiciliària, cal dir que ambdós han estat presentats als congressos nacionals de medicina interna i d'hospitalització a domicili respectivament, i mostren els resultats que pot aconseguir la col·laboració entre serveis mèdics posant

al centre del sistema el pacient. Els nostres resultats en l'atenció multidisciplinària del pacient amb MPOC estan en línia amb altres experiències en la literatura i deixen clar que, en pacients seleccionats, la col·laboració entre nivells assistencials permet aconseguir resultats de salut més bons d'una manera més eficient i amb més satisfacció per als integrants del programa, especialment per al pacient i els cuidadors.

En la mateixa línia, hi ha el programa de quimioteràpia a domicili, que permet atendre pacients amb processos hematològics avançats al seu domicili sense necessitat que es desplacin diàriament a l'hospital, la qual cosa disminueix costos, millora l'atenció al pacient ancià fràgil amb malaltia crònica i disminueix la complexitat del tractament. Alhora, allibera llits per a altres pacients que no disposen d'un altre recurs assistencial per rebre el tractament hospitalari. Són pocs pacients i amb poc temps de seguiment però els resultats són molt cridaners. Existeixen altres experiències similars a la resta d'Espanya i, vists els resultats, estem segurs que iniciatives com aquestes es generalitzaran, donada la realitat demogràfica i econòmica i la tendència progressiva a humanitzar les cures sanitàries.

7. Conclusions

L'HAD és un recurs sanitari que permet tractar al domicili pacients que, d'una altra manera, haurien d'estar ingressats a l'hospital. Es caracteritza per proporcionar atenció durant 24 hores, cures d'alta intensitat i en períodes curts de temps (dies/setmanes). Es tracten en domicili diferents patologies i els seus beneficis són especialment importants en grups de pacients crònics, pluripatològics i fràgils, com solen ser els nostres pacients ancians. De fet, cada vegada més pacients entraran dins d'aquest grup i l'HAD es posiciona com una alternativa segura, eficient i d'alta qualitat per intentar solucionar el problema sanitari que es preveu. L'HAD busca humanitzar l'atenció sanitària i fer participants de les cures el pacient i la seva família, millorant la relació entre pacient i sanitaris, i, mitjançant un redisseny dels processos assistencials, aprofita les sinergies entre serveis mèdics de cara a una millor atenció global a l'individu.

Referències bibliogràfiques

Arras, J. D. i Dubler, N. N. (1994). Bringing the hospital home: Ethical and social implications of high-tech home care. *Hastings Center Report*, 24, pp. S19–S28.

Caplan, G., Sulaiman, N., Mangin, D., Aionino, N., Wilson, A. i Barclay, L. (2012). A meta-analysis of “hospital in the home”. *Medical Journal of Australia*, 197, pp.512-19.

Covinsky, K. E., Palmer, R. M. i Fortinsky, R. H. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age» *Journal of the American Geriatric Society*, 51, pp. 451–458.

Cryer, L., Shannon, S., Van Amsterdam, M. i Leff, B. (2012). Costs for hospital at home patients were 19 percent lower with equal or better outcomes compared to similar inpatients. *Health Affairs*, 31(6), pp.1237-43.

Echevarría, C., Brewin, K., Bryant, A., Corbett, S., Steer, J. i Bourke, S. (2016). Early supported discharge/hospital at home for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a review and meta-analysis. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 0, pp. 1-11.

Fernández-Miera, M. (2009). Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44 (S1), pp. 39-50.

Frick, K., Burton, L., Clark, R., Mader, S. i Naughton, B. (2009). Substitutive hospital at home for older persons: effects on costs. *American Journal of Managed Care*, 15 (1), pp. 49-56.

González, V., Valdivieso, B. i Ruiz, V. (2002). Hospitalización a domicilio. *Medicina Clínica*, 118, pp. 659-664.

Leff, B., Burton, L. i Mader, S. L. (2005). Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of Internal Medicine*, 143, pp. 798–808.

Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B. i Burl J. (2009,). Comparison of Functional Outcomes Associated with Hospital at Home Care and Traditional Acute Hospital Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, pp. 273–278.

Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B. i Burl, J. (2008). Comparison of Stress Experienced by Family Members of Patients Treated in Hospital at Home with That of Those Receiving Traditional Acute Hospital Care. *Journal of the American Geriatric Society*, 56, pp. 117-123.

Leff, B., Burton, L., Walter, J., Harper, M. i Greenough W. (1997). Prospective evaluation of clinical criteria to select older persons with acute medical illness for care in a hypothetical home hospital. *Journal of the American Geriatric Society*, 45, pp. 1066-73.

Marsteller, J., Burton, L., Mader, S., Naughton, B. i Burl, J. (2009). Health care provider evaluation of a substitutive model of hospital at home. *Medical Care*, 47, pp. 979-85.

Mas, M. i Santaeugenia, S. (2015). Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50 (1), pp. 26-34.

Oterino, D., Ridao, M., Peiró, S. i Marchán, C. (1997). Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Una evaluación económica. *Medicina Clínica*, 109, pp. 207-211.

Shepperd, S., Doll, H., Angus, M., Clarke, M. i Iliffe, S. (2009). «Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data». *Canadian Medical Association Journal*, 180 (2), pp. 175-82.

Soderstrom, L., Tousignant, P. i Kaufman, T. (1999). Acute care at home: The health and cost effects of substituting home care for inpatient acute care: a review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 160, pp. 1151-55.

Autor

MANUEL DEL RÍO VIZOSO

La Corunya (1974). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Facultat de Medicina de Santiago de Compostel·la el 1998. Especialista en Medicina Interna a l'Hospital Universitari Son Dureta des de 2004. Coordinador de la Unitat d'Hospitalització a Domicili (HAD) de l'Hospital Universitari Son Dureta - Son Espases des de 2005 fins avui. Va rebre el reconeixement de suficiència investigadora de la Universitat Autònoma de Barcelona el 2005. Màster en Direcció Executiva d'Hospitals per la UOC el 2013. Màster en Direcció d'Unitats Clíniques per la Universitat de Múrcia el 2016. Vocal de la Societat Espanyola d'Hospitalització a domicili (SEHAD), 2009-2011. Secretari de la SEHAD 2011-2014. President de la SEHAD 2014-2016. Vocal de la Societat Catalanobalear d'HAD des de 2010 fins avui. Membre dels Grups de Treball d'Antibioteràpia Parenteral Domiciliària i de Crònics de la SEHAD. Membre del grup de Treball d'HAD de la Societat Espanyola de Medicina Interna. Membre dels comitès científic i organitzador de nombrosos congressos.

ENVELLIMENT I PELL

Envelliment i pell

Rosa Taberner Ferrer

Noèlia Martínez Martínez

Cristina Nadal Lladó

Àlex Llambrich Mañes

José Ignacio Torné Gutiérrez

Maria Elisabet Parera Amer

Antoni Nadal Nadal

Resum

L'adult gran presenta en tots els òrgans vitals i sistemes un seguit de canvis provocats pel pas dels anys. L'envelliment és una realitat biològica que no podem evitar; és la conseqüència de processos complexos de dany cel·lular i molecular acumulat que condueixen a un declivi funcional progressiu.

La pell és una finestra perfecta que ens permet observar aquests canvis cronològics i l'evidència visible de l'envelliment, ja que pateix canvis intrínsecs (cronoenvelliment) i d'extrínsecs, que depenen de factors externs, especialment els efectes de la radiació solar (fotoenvelliment). Aquest patró d'envelliment és modificat pels hàbits de vida, l'exposició ambiental, malalties i factors genètics que determinaran tots aquests canvis que al llarg dels anys presenta un òrgan tan complex com és la pell.

Explicarem en què consisteixen aquests canvis fisiològics, les malalties cutànies més freqüents en la vellesa, però també els problemes derivats de la polimediació i la dermatologia estètica en aquesta franja d'edat.

Resumen

El adulto mayor presenta en todos sus órganos y sistemas una serie de cambios provocados por el paso de los años. El envejecimiento es una realidad biológica que no podemos evitar; es la consecuencia de complejos procesos de daño celular y molecular acumulado que conducen a un declive funcional progresivo.

La piel es una ventana perfecta que nos permite observar estos cambios cronológicos y la visible evidencia del envejecimiento, ya que sufre unos cambios intrínsecos (cronoenvejecimiento) y otros extrínsecos que dependen de factores externos, en especial la radiación solar (fotoenvejecimiento). Este patrón de envejecimiento se ve modificado por los hábitos de vida, exposición ambiental, enfermedades y factores genéticos que determinarán todos estos cambios que presenta a lo largo de los años un órgano tan complejo como es la piel.

Explicaremos en qué consisten estos cambios fisiológicos, las enfermedades cutáneas más frecuentes en la vejez, pero también los problemas derivados de la polimediación y la dermatología estètica en esta franja de edad.

1. Introducció

De la mateixa manera que la pell d'un nin petit no és com la d'un adult, la de la gent gran pateix un seguit de canvis que li atorguen unes peculiaritats determinades. L'adult gran presenta en tots els seus òrgans uns canvis provocats pel pas dels anys. L'envelliment és una realitat biològica inevitable, és una conseqüència d'uns complexos processos de dany cel·lular i molecular acumulats que originen un declivi funcional.

La pell és un òrgan complex i dinàmic; està format per diferents tipus de cèl·lules que li confereixen funcions especialitzades, és una barrera física semipermeable i un obstacle en la interacció amb el medi extern. La pell té la funció de protegir l'interior de l'organisme contra agents infecciosos i és una part fonamental del sistema immunològic. A més, té receptors del dolor i la temperatura, és determinant en la termoregulació, i és l'òrgan tàctil per excel·lència.

La pell és l'òrgan més extens del cos humà, i el fet de que estigui «a la vista» la converteix en una finestra perfecta de tots aquests canvis cronològics. És a la pell on l'envelliment es fa més visible per a tothom. La lluita per intentar modificar el que és inevitable genera tota una indústria milionària al voltant.

Aquest patró d'envelliment és modificat per hàbits i estils de vida, malalties i factors genètics que finalment determinaran la magnitud dels canvis que es manifestaran a la pell de cada individu al llarg dels anys.

Tret d'alguns problemes gairebé exclusius de la infantesa, les persones grans poden patir pràcticament qualsevol malaltia dermatològica, tot i que aquest col·lectiu és més propens a patir uns determinats problemes cutanis que cal tenir presents.

2. Envelliment cutani no patològic

En l'envelliment cutani hi intervenen, d'una banda, l'efecte biològic i cronològic, que afecta la totalitat de la pell, i l'efecte que s'origina exclusivament en la pell exposada a la radiació solar (fotoenvelliment), en el qual se sumen els dos efectes. L'envelliment intrínsec o cronològic es caracteritza per sequedat, pell flàccida, arrugues fines, atròfia, cicatrització més lenta i l'increment de determinats tumors benignes. En la pell fotoenvellida, a més dels anteriors, apareixen arrugues més profundes, pell aspre, telangiectasis, canvis pigmentaris (lentígens solars i efèlides) i, de vegades, lesions premalignes i càncer de pell.

2.1. Cronoenvelliment

Amb l'edat, es perden capes de l'epidermis (la capa més superficial de la pell), la pell s'atrofia i s'aprima. L'estrat corni perd la capacitat de retenir aigua i la funció barrera torna deficient. A més, el sistema immunològic pateix canvis a conseqüència de l'envelliment cronològic, els quals són denominats immunosenescència. Això explica que les infeccions en persones grans tendeixin a ser més greus i que la resposta a les vacunes sigui deficient.

Un dels canvis més notables que pateix la pell com a conseqüència del pas dels anys és l'aprimament, fet pel qual la veiem visiblement atròfica, amb arrugues fines i plecs gruixuts que marquen l'expressió facial. La sequedat (xerosi) i la pèrdua d'elasticitat li confereixen un aspecte flàccid que es fa evident a la cara, al coll, a les extremitats i al tronc.

Amb la menopausa, en les dones s'accelera encara més aquest cronoenvelliment a causa del dèficit d'estrògens, que es manifesta en el fol·licle pilós.

Les mucoses també s'atrofien en l'ancià, disminueix la taxa de proliferació cel·lular, es perden fibres elàstiques i el col·lagen experimenta canvis degeneratius, els quals predisposen la mucosa bucal a infeccions. Tot això s'agreuja enormement amb el consum de tabac i alcohol, responsables del 75% dels càncers de la cavitat oral. A més, les glàndules salivals disminueixen en nombre i funció, minva la producció de saliva i augmenta la sequedat oral (xerostomia), la qual afecta un 30% de la població de més de 65 anys. Aquests canvis també fan augmentar les infeccions oportunistes, com ara la candidiasi oral.

La pell senil té unes característiques fisiològiques peculiars. En l'epidermis, el recanvi cel·lular està reduït, la qual cosa origina una cicatrització més lenta. A més, disminueix el nombre de melanòcits i això incrementa el risc de neoplàsies. La dermis s'aprima, fet que origina un aïllament tèrmic insuficient. La vascularització també disminueix, i augmenta la tendència a la hipotèrmia i a la pal·lidesa. Com hem dit abans, l'alteració de fibres elàstiques determina la formació d'arrugues. Els annexes cutanis també es modifiquen, les glàndules sudorípares es redueixen en nombre i funció, i s'observa una hiperplàsia de les glàndules sebàcies.

A més a més, apareixen tota una sèrie de tumoracions benignes (independentment de l'exposició solar), com ara queratosi seborreica, fibromes, angiomes senils, etc.

2.2. Fotoenvelliment

No cal ser especialista en dermatologia per observar en qualsevol persona gran les diferències que existeixen entre l'aspecte de la pell protegida del sol per la roba (com la panxa o les natges, on podem apreciar els canvis provocats pel cronoenvelliment) i el de la

pell de les zones exposades permanentment (com la cara o el dors de les mans, on, a més a més, es veuen en més o menys intensitat els canvis causats pel fotoenvelliment).

El fotoenvelliment resulta de la combinació dels efectes de l'envelliment biològic i els efectes a llarg termini produïts per l'exposició a la radiació ultraviolada.

El fotoenvelliment es caracteritza per la presència d'arrugues més profundes, telangièctasis i canvis pigmentaris (tant en excés — com lentigens solars i efèlides—, com per defecte —com hipomelanosi). Els porus tornen més grossos i s'omplen de material corni. Al coll, hi pot aparèixer una pigmentació reticulada amb telangièctasis, anomenada pecilodèrnia de Civatte. Al clatell, unes arrugues profundes que conformen una malla romboidal (cutis romboidal) són el reflex que aquesta persona ha rebut molt de sol al llarg de la vida



Si bé l'envelliment cronològic no es pot evitar (no fer anys no és gens recomanable per a la salut), el fotoenvelliment es pot prevenir en gran part reduint d'una manera raonable la fotoexposició, ja sigui reduint les hores d'exposició al sol (sobretot entre les 10 i les 16 h) i utilitzant roba adequada i fotoprotectors des dels primers anys de vida.

3. Dermatitis freqüents en la gent gran

Els canvis fisiològics que s'esdevenen en la pell de la població d'edat avançada predisposen a certes malalties cutànies típiques d'aquesta franja d'edat, que tractarem a continuació.

3.1. Pruija senil

La pruija senil, també coneguda com a picor de Willman, és un dels trastorns més freqüents en persones de més de 65 anys. La seva prevalença augmenta amb l'edat i arriba a afectar un 20% de la població de més de 80 anys.

Les causes d'aquesta entitat serien un conjunt d'alteracions cutànies produïdes per danys ambientals, morbiditats individuals i canvis fisiològics en la barrera cutània. Entre aquests darrers, el més important és la disminució de lípids a la pell i l'augment del pH, tot i que també hi influeix l'ambient més proinflamatori que sorgeix en els teixits amb la vellesa.

Aquesta pruija o picor se subdivideix en tres grups, segons si s'acompanya d'alguna dermatosi –grup I–, si no presenta cap lesió cutània –grup II– o si presenta lesions

secundàries quan l'afectat es grata (produïdes també per fregaments o pessics, en forma d'excoriacions, crostes, hiper o hipopigmentacions...) –grup III.

Els grups II i III poden presentar pruija sistèmica (una picor causada per una alteració en un altre òrgan diferent de la pell –fetge, ronyó o sang) o pruija neurològica (per dany neuronal –pruija neuropàtica– o sense –pruija neurogènica). La pruija també pot acompanyar trastorns psiquiàtrics i aleshores s'anomena pruija somatoform.

Sovint és impossible filiar específicament un únic origen de la picor i, per tant, és diagnosticada com a «pruija mixta».

Cal tenir en compte que davant una pruija senil sempre s'ha de descartar la xerosi (pell seca), que representa la causa més freqüent de pruija senil, la causa sistèmica, l'origen medicamentós (molt rellevant) i l'escabiosi (en parlarem més endavant, a l'apartat d'infeccions). El tractament serà simptomàtic i caldrà evitar-ne el desencadenant en els casos en què sigui identificada (suspènre fàrmacs, millorar la funció orgànica deficitària, etc.).

3.2. Púrpura senil

La púrpura senil, púrpura senil de Bateman, púrpura actínica, dermatoporosi o síndrome de la insuficiència cutània crònica, apareix a conseqüència de la fragilitat capil·lar causada per una pèrdua d'elasticitat als vasos, i es manifesta en forma de lesions no palpables, purpúriques o equimòtiques, sobretot a les zones extensores dels avantbraços i a les mans.



No hi ha cap tractament específic i s'aconsella evitar traumatismes i hidratar la pell constantment. Hi ha alguns autors que suggereixen dietes riques en vitamina C per millorar aquesta condició.

3.3. Problemes cutanis derivats de la insuficiència vascular

3.3.1 Dermatitis d'estasi

La dermatitis d'estasi també és coneguda amb múltiples sinònims: dermatitis gravitatòria, èczema varicós, dermatitis hipostàtica, dermatitis lipoesclerosa... És una inflamació cutània eczematososa secundària a la hipertensió venosa de les extremitats inferiors. L'augment de la pressió hidrostàtica del sistema venós provocaria un dipòsit de fibrinogen a la dermis, al voltant dels capil·lars i a l'interstici, que generaria hipòxia i dèficit de nutrients a la pell.

Epidemiològicament, apareix amb més freqüència en dones d'edat mitjana o avançada amb antecedents previs d'incompetència venosa o de trombosi venosa profunda. Són considerats factors de risc els traumatismes, l'envelliment, les lesions crostoses i l'aplicació contínua i crònica de cremes de corticoides.

Clínicament, es manifesta com una pell envermellida, edematosa, calenta, amb dilatació de vasos i varius, amb una púrpura posterior, hemosiderosi (coloració marronosa de la pell per degradació dels glòbuls vermells), ulceració i petites plaques d'atròfia. Aquestes lesions es localitzen preferiblement a la cara lateral o medial de les cames i a les cares posteriors i laterals dels turmells. Poden empitjorar en forma de brots, situació que predisposaria a sobreinfeccions i èczemes, que es podrien complicar amb l'aparició d'úlceres venoses que podrien requerir un tractament perllongat.

No hi ha cap tractament específic i se n'intenta alleugerir la simptomatologia amb emol·lients i corticoides tòpics, insistint en mesures posturals per millorar el retorn venós (elevant les cames, utilitzar mitges de compressió...). En casos extrems pot ser necessària la cirurgia vascular.

3.3.2. Púrpura gravitacional

També coneguda com a dermatitis ocre de Favre, la púrpura gravitacional comprèn lesions limitades als membres inferiors i és associada a la insuficiència venosa. Es manifesta com una coloració cutània marronosa violàcia, irregular i mal delimitada en ambdues cames (preferentment, en les regions pretibials), que no és més que el dipòsit de l'hemoglobina oxidada dels glòbuls vermells extravassats per parets vasculars incompetents. No hi ha cap tractament específic i són recomanades les mateixes mesures posturals que per a la dermatitis d'estasi.

3.4. Infeccions cutànies

La població d'edat avançada presenta tota una sèrie de factors cutanis descrits anteriorment (atròfia, xerosi, enlentiment de la cicatrizació...), els quals la predisposen a l'aparició d'infeccions cutànies.

Les infeccions cutànies les dividim, segons l'agent causal, en víriques, bacterianes, fúngiques o parasitàries, i poden aparèixer a qualsevol zona corporal, tot i que per a algunes són més típiques unes localitzacions que unes altres.

3.4.1. Infeccions víriques

Com a exemple típic d'infecció vírica cutània en la gent gran, tenim la infecció per herpes zòster. L'herpes zòster no és més que l'expressió de la reactivació del virus de la varicel·la. Apareix en el context d'una disminució del sistema immunològic (per estrès, altres

malalties concomitants, tractaments immunosupressors...) i es caracteritza per l'aparició de vesícules agrupades a una zona de pell determinada pel recorregut d'un nervi infectat (dermatoma). En general, sol afectar únicament un dermatoma, però si hi ha afectació greu de la immunitat (tractament amb quimioteràpia, pacients trasplantats...) pot arribar a més d'un o fins i tot provocar una infecció generalitzada.

En general, les infeccions per herpes zòster responen bé als tractaments antivirals, però poden deixar una sensació persistent de formigueig o dolor en aquella zona, anomenada neuràlgia postherpètica, que pot aparèixer des dels primers dies fins als sis mesos posteriors a la infecció.

Els pacients afectats per herpes zòster és important prevenir-los del risc de contagiar la varicel·la a persones que no l'hagin patida (sobretot als nens petits de casa).

3.4.2. Infeccions per bacteris

Pel que fa a les infeccions bacterianes, les més típiques de la gent gran són l'erisipela (més superficial i ben definida) i la cel·lulitis (més profunda i mal definida, però que no arriba a teixits musculars). Aquestes dues infeccions poden estar causades per molts bacteris, tot i que, segons la situació clínica de cada pacient, tenim uns gèrmens més característics que d'altres (bacteris gramnegatius en pacients amb peu diabètic; flora mixta, habitual en cames amb insuficiència venosa; anaerobis de la boca en mossegades humanes; *Pasteurella multocida* en mossegades de gos; *Erysipelothrix rhusiopathiae* en pescadors, etc.).

L'erisipela i la cel·lulitis es presenten com a àrees de pell envermellida, calenta, dolorosa i inflamada, sovint acompanyada de febre i malestar general, quadre que fa necessari administrar antibiòtics orals (o endovenosos) per resoldre'l.

3.4.3. Infeccions per fongs

Les infeccions fúngiques també són afavorides per la humitat, oclusió i el sobrepès. La més típica és l'intertrigen, que es produeix pel fregament perllongat entre dues superfícies cutànies (típicament en els grans plecs cutanis) i la colonització per un fong (sobretot, la càndida). Es manifesta com un envermelliment i descamació humida (maceració) en els plecs corporals (axil·lars, submamaris o engonals) i amb petites lesions puntiformes de pus al voltant (pústules satèl·lit).

La càndida és un fong que pertany a la nostra flora habitual (sobretot, a la digestiva) i el problema apareix quan presenta una proliferació exagerada. També pot afectar la cavitat oral i els genitals, i provocar la candidosi oral o muguet i la candidosi vaginal (dones) o balanitis candidòtica (homes), respectivament. A la boca, es manifestarà amb una llengua més envermellida, amb poques papil·les i un material blanquinós, mentre

que els genitals també estaran envermellits, acompanyants de molta picor i d'un material blanquinós que recorda el iogurt.

A vegades, amb tractament tòpic pot controlar-se bé el quadre, però en d'altres (sobretot quan coincideix amb factors de risc) cal recórrer al tractament sistèmic, i en general té una evolució favorable.

Una altra infecció fúngica molt freqüent és la tinya dels peus o peu d'atleta, que és molt habitual perquè és una zona molt humida, i és provocada per l'ús de calçat inadequat o mitjons no transpirants. Els fongs més típics són el *Trichophyton rubrum* i el *T. mentagrophytes*, que colonitzen els espais entre els dits dels peus i provoquen maceració i mala olor a la zona. És convenient evitar-ne l'aparició i tractar-los d'una manera adequada quan s'hagin manifestat, ja que les fisures que produeixen solen ser una porta d'entrada per a bacteris que poden produir cel·lulitis a cames amb mala circulació.

3.4.4. Infeccions parasitàries

Per últim, la infecció parasitària per excel·lència en el nostre entorn és l'escabiosi o sarna. Aquesta parasitosis és provocada per l'àcar *Sarcoptes scabiei* i afavorida per ambients amb poca higiene o quan moltes persones conviuen en un mateix espai reduït. Es manifesta en un quadre amb picor generalitzada molt intensa; respecta el cap i el coll, i empitjora a les nits. Apareixen lesions linials (solcs dels àcars) sobretot als espais interdigitals, zones submamàries, genitals i als glutis, i no són més que els túnels que fa l'àcar a la pell. El tractament és molt senzill, tot i que incòmode, i l'han de seguir tots els contactes propers del pacient.

En general, malgrat les diferències etiològiques de cadascuna de les infeccions explicades, el més important per prevenir-les és mantenir la correcta integritat de la pell hidratant-la i evitant-hi ferides.

3.5. Tumors cutanis

La vellesa és una etapa de la vida en la qual l'aparició de tumors cutanis, ja siguin benignes o malignes, és molt freqüent, i es converteixen en un motiu de consulta habitual i de preocupació per al pacient. A continuació descrivim les lesions més recurrents.

3.5.1. Tumors cutanis benignes

El lentigen senil (o solar) és segurament el tumor epitelial benigne més freqüent en aquesta etapa, juntament amb les queratosis seboreiques. També coneguts col·loquialment com a «flors de cementiri», es manifesten en forma de taques de color marró groguenc, que creixen molt lentament i que es localitzen a la cara, a l'escot, al dors de les mans i als avantbraços.

Les queratosis seboreiques consisteixen en lesions pigmentades, de color groc, marró o negre, d'aspecte berrugós, que es localitzen habitualment a la cara i al tronc. Tot i que són lesions benignes, és freqüent que causin molèsties estètiques o fins i tot problemes locals derivats del frec amb la roba o irritació, motiu pel qual no és estrany que el pacient demani que les hi eliminin. Existeixen diferents tractaments, com per exemple la crioteràpia, l'electrocoagulació i la laserteràpia.

L'angioma senil (punt robí o «cap de vena») és el tumor vascular benigne més freqüent i és un signe d'envelliment cutani, de manera que el seu nombre augmenta proporcionalment amb l'edat del pacient. Es presenta en forma de petits tumors de color vermell, que medeixen entre 1 i 6 mm de diàmetre, són asimptomàtics i poden aparèixer a qualsevol zona del cos, preferentment al tronc. Solament aquelles lesions que tenen simptomatologia, com ara el sagnat, requereixen tractament, ja sigui amb electrocoagulació o amb làser vascular.

3.5.2. Lesions premalignes

La queratosis actínica és la lesió precancerosa més freqüent i afecta el 50% de la gent gran de pell clara que viu en zones de clima assolellat. Té una relació directa amb l'exposició solar crònica al llarg de tota la vida, i es manifesta en forma de taques de color groc o marró, amb zones vermelloses, cobertes per una escata ben aferrada que deixa una erosió superficial quan es desprèn. Es localitzen a les zones exposades al sol (cara, dors de les mans i cuir pilós) i cal tractar-les per evitar que evolucionin a càncer de pell. Disposem de diferents tipus de tractaments, ja siguin físics (crioteràpia, electrocoagulació) o químics (imiquimod, mebutat d'ingenol, 5-fluorouracil, aminolevulinat de metil o diclofenac). Es poden prevenir amb una correcta protecció de la radiació ultraviolada.

3.5.3. Tumors cutanis malignes

El carcinoma de cèl·lules basals és el càncer de pell més freqüent i representa el 60% de tots el càncers cutanis. S'estima que té una incidència entre la raça caucàsica de 20-110 casos per cada 100.000 habitants, i hi ha una relació clara amb l'exposició a la radiació ultraviolada. Solen aparèixer en zones fotoexposades, sobretot a la cara. L'aspecte pot ser molt variable, però el més habitual és que aparegui en forma de placa o nòdul de color rosat, de superfície brillant (perlada), que amb el temps augmenta, s'arriba a ulcerar i produeix sagnats en general poc importants. És un tumor localment agressiu, ja que pot provocar una destrucció i desfiguració local important, però pràcticament no té capacitat de disseminar-se cap a altres òrgans. El tractament és bàsicament quirúrgic, tot i que en alguns casos pot ser químic (amb imiquimod o teràpia fotodinàmica). La base per prevenir-lo és la fotoprotecció.

El carcinoma escatós és el segon càncer de pell més freqüent. En la seva gènesi intervenen factors individuals (edat, pell clara, immunosupressió) i també d'ambientals (radiació solar, radiacions tèrmiques, radioteràpia, exposició a l'arsènic i/o a hidrocarburs, infeccions pel

virus del papil·loma humà, entre d'altres). Es manifesta en forma d'un nòdul de consistència



dura, vermellós, de superfície llisa o escatosa, que creix progressivament fins que s'ulcera (figura 3). Pot localitzar-se tant a la pell com a la mucosa oral i genital. A diferència del carcinoma de cèl·lules basals, entre un 1% i un 3% dels carcinomes escatosos poden expandir-se a altres òrgans per via linfàtica preferentment i causar metastasi. Per aquest motiu, és bàsic fer-ne un diagnòstic i tractament adequats com més aviat millor. Gairebé sempre el tractament serà quirúrgic.

El melanoma és el càncer de pell més letal, encara que afortunadament no és el tumor més freqüent. Tot i així, té una incidència que augmenta constantment les darreres dècades. Això és perquè té un origen lligat molt estretament a l'exposició solar. Hi ha formes diverses de melanoma, i en la vellesa les més freqüents són el lentigen maligne, el melanoma nodular i el melanoma acral. Clínicament, es manifesten com a lesions pigmentades, policromes, asimètriques, de vores abruptes, amb un diàmetre superior als 6 mm i solen presentar canvis els darrers mesos. El melanoma, quan és diagnosticat en una fase inicial i extirpat precoçment, és curable, però, quan el diagnòstic i tractament arriben en una fase avançada, el risc de metastatitzar és elevat i pot tenir un desenllaç fatal. Per aquest motiu, actualment el millor tractament del melanoma és el diagnòstic i tractament precoços, i per això és fonamental consultar el metge com més aviat millor.

Com a conclusió, en primer lloc cal dir que l'exposició solar és el factor ambiental principal relacionat amb el desenvolupament de tumors cutanis malignes, la qual cosa fa que sigui prioritari educar la població perquè adopti les mesures adequades per protegir-se correctament del sol. En segon lloc, és molt important consultar el metge tan aviat com sigui possible si tenim la sospita de patir un càncer de pell, ja que d'aquesta manera en facilitarem el tractament. Són considerats sospitosos aquells tumors cutanis asimètrics, policroms (de diversos colors), de més de 6 mm de diàmetre, de creixement ràpid i que s'ulceren i sagnen.

3.6. Alteracions de les ungles

L'ungla és una formació especialitzada, de consistència dura, generada per l'epidermis i que s'encarrega de protegir la punta del dit afegint-hi precisió i delicadesa. Hi atorga capacitat per poder collir petits objectes i altres funcions més subtils, a més de la qüestió estètica.

Amb el pas dels anys i a conseqüència de tota una sèrie de factors, les ungles canvien de textura i aspecte. Agressions externes reiterades (fregament, pressió –sobretot a les ungles dels peus– per contacte o canvis de temperatura), processos patològics (vasculars, neurològics i osteoarticulars), la deshidratació unguial i les variacions hormonals i

nutricionals són responsables d'aquests canvis. A més, sabem que el propi cronoenvelliment dels epitelis alenteix el creixement de les ungles en l'ancià (a conseqüència de menys activitat dels queratinòcits). Si a tot això hi sumem els possibles medicaments que puguin rebre i la dificultat que poden tenir algunes persones grans per fer una higiene correcta de les ungles, la làmina unguial torna més i més gruixuda, més seca, menys llisa i menys brillant en comparació amb pacients més joves.

En les persones d'edat avançada, les ungles tornen opaques o de color blanquinós, i és freqüent observar-hi l'aparició progressiva d'unes estriacions longitudinals. La làmina unguial apareix engruixida i sense lluminositat, de vegades amb deformitats causades en part per la fricció i la pressió que exerceix un calçat mal ajustat per l'artrosi, i per la dificultat en la marxa que poden presentar aquests pacients, situació que crea a més a més una hiperqueratosi dels plecs laterals, paroníquia (inflamació al voltant de l'ungla) o unglia encarnada. No és estrany que aparegui, sobretot en el primer dit dels peus, una hiperqueratosi exagerada que pot arribar a adoptar forma de banya. Aquesta situació s'anomena onicogrifosi i afecta principalment ancians que han passat molt de temps sense caminar i que mantenen cures higièniques insuficients.

Pel contrari, les ungles de les mans poden ser més fines i toves, hi poden aparèixer fissures longitudinals (onicorrexis) o fractures a la porció més distal en forma de làmines superposades (onicosquícia), especialment en dones i per contacte freqüent i mantingut amb aigua, detergents i altres productes utilitzats en les feines domèstiques.

Pel que fa a les infeccions de l'aparell unguial, hem de saber que la prevalença de l'onicomicosi (infeccions per fongs) augmenta amb l'edat. Un bon examen directe al microscopi per visualitzar les hifes o un cultiu són imprescindibles per fer-ne un diagnòstic correcte. El tractament en l'ancià és similar al de qualsevol adult, però tenint en compte principalment les possibles interaccions amb els altres fàrmacs que pugui prendre quan li plantegem un tractament sistèmic. La infecció a la pell que envolta les ungles (paroníquia) també és comuna en la gent gran, sobretot en les formes cròniques, provocades per traumatismes repetits, mala higiene o l'exposició perllongada a l'aigua, detergents o sucus vegetals o de fruites. Es manifesten principalment en dones grans que fan les feines de la llar, i s'observen sobretot a les ungles de les mans, mentre que les alteracions causades per altres comorbiditats, com la diabetes o les malalties vasculars, generen alteracions a les ungles dels peus. Habitualment, solen ser provocades per uns llevats del gènere *Candida sp*, tot i que també hi poden haver infeccions mixtes per fongs i bacteris. És excepcional trobar en aquests pacients infeccions per virus (herpes simple) o per papil·lomavirus (berrugues subunguials o periunguials).

3.7. Alteracions del pèl

El fol·licle pilós és l'estructura que permet que el cabell creixi i és l'únic òrgan d'un mamífer que es regenera contínuament. El pèl creix de manera cíclica, a diferència de les ungles, les

quals ho fan de manera contínua. Aquest cicle del cabell està format per diferents fases: creixement (anagen), regressió (catagen), descans (telogen) i eliminació del tall pilós (exogen).

Amb l'edat, es redueix la densitat capil·lar i l'activitat fol·licular. Això és perquè l'envelliment determina que els cicles de creixement s'escurcin, mentre que s'allarguen els períodes de quiescència, la qual cosa fa que hi hagi menys fol·licles actius i, per tant, menys pèl i de diàmetre més fi per unitat d'àrea. S'ha pogut comprovar que la velocitat de creixement del pèl disminueix clarament a partir dels 50 anys. Amb l'envelliment, el pèl torna més prim, menys abundant i de color més clar. Les persones grans, a conseqüència del descens en la producció d'hormones sexuals, tenen alopecía a les aixelles i a la regió púbica, així com hipertricosi (augment del pèl) als pavellons auriculars. En els homes, les celles tornen més gruixudes i llargues, mentre que en les dones el pèl facial també pot tornar més gruixut, sobretot a la barbeta i al voltant dels llavis.

3.7.1. Cabells blancs

El color del pèl té un impacte important en la vida social. És determinat per la presència d'un pigment anomenat melanina, que es produeix als melanòcits del fol·licle pilós. L'aparició de cabells blancs és una característica natural que s'esdevé amb l'edat i que es relaciona amb menys producció d'aquest pigment per part del fol·licle. Gradualment, el pèl comença a tornar blanc a les regions temporals i tendeix a estendre's per la part superior del cabell. En les dones, aquest procés comença a la línia d'implantació capil·lar. El pèl corporal i facial també torna gris, tot i que generalment això passa més tard que el pèl del cap. Aquest procés comença al voltant dels 30 anys (o abans, en algunes persones) i és determinat genèticament. Ha estat descrit que al voltant dels 50 anys, el 50% de les persones tenen el 50% del pèl grisenc.

3.7.2. Alopecía

L'alopecía es defineix com la caiguda o pèrdua de pèl que abans existia. En aquest apartat, destaquem l'alopecía androgenètica, la qual afecta fins al 70% dels homes d'edat avançada, i entre un 30% i un 40% de dones de més de 70 anys. Es tracta de la pèrdua progressiva de pèl per una miniaturització del fol·licle pilós, generada per estimulació androgènica i que és determinada genèticament. Això origina una disminució progressiva de densitat de pèl en el cuir pilós. En els homes, s'esdevé amb un patró de pèrdua a les regions frontotemporal i en el vèrtex, i amb una distribució més difosa en les dones. Això a banda, l'alopecía involutiva senil o senescent és l'aprimament progressiu del pèl, no depèn dels andrògens i s'observa en persones que ja tenen més de 50 anys. Aquest últim tipus d'alopecía és associat freqüentment a l'alopecía androgènica i sembla que està relacionat a un desgast fisiològic acumulat en una sèrie de fol·licles pilosos.

La pèrdua de densitat capil·lar en gent gran es manifesta en diferents graus. Sabem que no és un procés regular al llarg del temps, sinó que passa períodes d'estabilitat o de remissió

alternats amb d'altres d'evolució ràpida, la qual cosa reflecteix la influència de factors individuals, l'estat de salut, estil de vida o altres factors de risc associats a l'edat.

4. Problemes derivats de la polimediació

Amb l'edat, la prevalença de malalties, especialment les cròniques, augmenta. Això suposa que diferents metges prescriuen medicaments a un mateix pacient i, com a conseqüència, rep múltiples fàrmacs. La polifarmàcia o polimediació és definida com la ingesta de múltiples fàrmacs, cinc o més, i és freqüent en la gent gran. També se'n considera quan és prescrita una medicació innecessària o redundant, que pot donar lloc a una morbiditat significativa i a una hospitalització potencialment evitable.

La polimediació pot produir impacte en la gent gran per motius varis: la gent gran és més susceptible a les reaccions adverses a causa dels canvis en el metabolisme i la disminució de l'aclariment dels fàrmacs que es produeix amb l'edat, aspecte que comentarem amb més detall més endavant. Així mateix, amb l'edat augmenta el risc d'interaccions i que siguin prescrits medicaments inapropiats; augmenta la probabilitat de prescripció en cascada, que té lloc quan un efecte advers d'un fàrmac és mal interpretat com una nova malaltia i és prescrita una nova medicació per tractar-la, i, finalment, l'ús de múltiples fàrmacs pot produir falta d'adherència al tractament.

Les reaccions adverses medicamentoses (RAM) són qualsevol resposta nociva i no intencionada que es manifesta quan s'administra un medicament en la dosi habitual. Les RAM són un motiu de consulta freqüent a atenció primària, i constitueixen un percentatge elevat dels ingressos hospitalaris i una causa important de morbiditat i mortalitat. En un estudi prospectiu per avaluar la causa de les admissions hospitalàries, es va determinar que les RAM constituïen un de cada setze ingressos. En aquest mateix estudi, es va observar que aquests pacients eren significativament més grans que els pacients ingressats per altres motius (Pirmohamed, 2004). En un altre estudi per determinar la incidència de les RAM en la gent gran en l'atenció primària, es va observar una taxa global de RAM de 50, 1 per 1000 persones-any, el 8% dels quals varen ser cutanis (Gurwitz, J. H. et al. 2003). L'edat en si mateixa no és un factor de risc independent per desenvolupar RAM, però sí que ho és el nombre de medicaments que rep el pacient. Per això, i com que una edat més avançada implica més comorbiditats i polifarmàcia, podem concloure que amb l'edat augmenta el risc de patir RAM (Gandhi, 2003).

Cal tenir en compte que amb l'edat es produeixen uns canvis fisiopatològics que poden afavorir l'aparició de RAM. Un dels més importants és la disminució de l'eliminació renal dels medicaments. Un altre motiu és el canvi en el volum de distribució del fàrmac per la pèrdua de massa muscular i l'augment del teixit adipós. Existeix l'evidència que amb l'edat

disminueix el metabolisme hepàtic i això cal tenir-ho en compte a l'hora de prescriure els fàrmacs que s'eliminen per aquesta via per evitar-ne la toxicitat. Per últim, la gent gran té més risc de patir síndrome confusional aguda amb certs fàrmacs psicoactius, per la qual cosa val més que n'eviti l'ús si existeix alguna alternativa.

4.1. Reaccions cutànies provocades per medicaments

La majoria de les reaccions cutànies medicamentoses (RCM) en gent gran no són greus, però poden empitjorar la qualitat de vida del pacient. Hi ha estudis que suggereixen que la prevalença d'aquestes reaccions en la gent gran no és diferent de la de la resta de població. Aquestes reaccions poden presentar-se de múltiples maneres en la pell, com, per exemple, xerosi, èczemes, urticària, erupcions màculopapuloses, liquenoides, vasculitis, reaccions autoimmunitàries, etc. Les reaccions cutànies severes, que poden posar en perill la vida del pacient, són poc freqüents en la gent gran.

4.2. Interaccions farmacològiques

La gent gran és especialment sensible a les interaccions medicamentoses, perquè poden presentar múltiples malalties cròniques que requereixin múltiples tractaments. El risc d'interaccions augmenta d'una manera important amb el nombre de medicaments. Cal anar en compte a l'hora de començar un nou tractament farmacològic, s'ha de revisar la medicació prèvia i comprovar la possibilitat d'interaccions. També cal esmentar que hi ha remeis naturals, com el ginkgo biloba i l'herba de Sant Joan, que poden provocar interaccions medicamentoses.

4.3. Compliment terapèutic

Per què és difícil el compliment terapèutic en la gent gran? Les barreres que la gent gran ha de superar per tenir una adherència correcta al tractament són múltiples i inclouen la pèrdua de memòria, factors emocionals i problemes psicològics, règims de tractament complexos, l'aparició d'efectes adversos, el fet de viure sol, la disminució de l'agudesa visual i auditiva, la immobilització, els problemes econòmics, etc.

Com es pot millorar l'adherència al tractament? Considerar mesures no farmacològiques; prescriure els medicaments correctament (evitar els fàrmacs innecessaris, les interaccions i els fàrmacs d'alt risc per a la gent gran); establir els objectius del tractament i començar-lo amb dosis més baixes que les habituals; simplificar-ne la dosificació; comprovar que el pacient entén les instruccions i que l'administració del tractament és la correcta; recomanar dispositius que facilitin l'administració; tenir el compte el cost dels medicaments, i, finalment, millorar la comunicació entre el metge i el pacient i facilitar-la.

Cal que els metges recordin el principi *primum non nocere* (primer, no fer mal) i prescriure únicament els medicaments que siguin estrictament necessaris, tenint en compte els canvis fisiològics que es produeixen en la gent gran i evitant les interaccions medicamentoses.

5. Dermatologia estètica en edats avançades

L'individu té el dret d'ambicionar i de cercar millorar l'aparença física. La dermatologia, que s'encarrega —però no exclusivament— de l'apreciat embolcall extern de la persona, és la branca de la medicina que més fàcilment pot fer allò que sigui necessari per ajudar a tenir una aparença jove, sempre que aquests procediments no impliquin un risc o mals desproporcionats.

Moltes tècniques encaminades a disminuir l'impacte implacable del temps són aplicades en edat adulta (i, darrerament, fins i tot en la joventut), però és durant la vellesa quan la persona pren consciència dels canvis que han ocorregut en la seva fisionomia i quan pretén, en més o menys mesura, revertir-los.

Quan parlem de procediments estètics, hom pot veure que la major part s'apliquen en àrees corporals ben concretes, com són la cara, el cuir pilós, les mans i la zona de l'escot, precisament perquè és el que la vestimenta permet mostrar amb més freqüència a la resta de la societat.

A continuació tractarem, de manera breu i introductòria, les tècniques més utilitzades en la pràctica dermatològica en el nostre medi, com a mostra de les enormes possibilitats que tenim a l'abast.

Començant pels annexos cutanis, els cabells sempre han estat molt importants. Tant en les dones com en els homes, la pèrdua de cabells és un dels primers i més inequívocs signes d'envelliment. Disposem de tractaments farmacològics orals (com la finasterida) i tractaments tòpics nombrosos, com minoxidil i latanoprost, que ha estat demostrat que són eficaços. La infiltració subcutània de fraccions de plasma sanguini del mateix individu, així com tècniques d'autotrasplantament mitjançant l'extracció d'unitats fol·liculars individuals o fus de pell, han permès resultats fins fa poc impensables.

Seguint a l'àrea facial, i començant per les tècniques que permeten incidir directament sobre la pell (la capa més externa i, per tant, la més accessible i la més afectada pels factors externs, principalment l'exposició solar) trobem, en la terapèutica làser, una de les eines més útils per treballar sobre la pell anciana. Tant la llum polsada com els làsers Q-switched de Neodimi permeten eliminar d'una manera controlada —i amb pocs riscos— algunes lesions pigmentades. Els làsers d'Erbi i de CO₂ volatilitzen queratosis seborreiques,

queratosis actíniques, siringomes i altres lesions tumorals associades a l'edat, i en les seves modalitats fraccionades permeten millorar la textura de grans àrees de pell. Actuant a nivells més profunds de la pell, els làsers fraccionats no ablatius permeten modificar i disminuir les irregularitats i arrugues amb poca o gens de repercussió per a l'epidermis.

Els *peelings* químics, d'àcid glicòlic, fenol i d'altres són alternatives més barates i també permeten disminuir les discromies i millorar la textura de la pell, depenent de la concentració emprada i del temps d'actuació.

La utilització de substàncies de farciment, com l'àcid hialurònic més o menys reticulat, permet incrementar el volum de zones concretes de la pell, recuperar la forma dels llavis i pòmuls, i disminuir les arrugues per un efecte de tensat de la pell. La hidroxiapatita càlcica s'utilitza amb èxit per donar volum a mans envellides en les quals es marquen els ossos metacarpians.

Actuant sobre la musculatura, la toxina botulínica (tot i que en fitxa tècnica no es recomana per a persones de més de 65 anys) és utilitzada en casos seleccionats, té bons resultats i millora les arrugues profundes d'expressió.

Pel que fa als músculs i fàscies, hi ha tècniques quirúrgiques que modifiquen el teixit conjuntiu i el sistema muscular, com ara els líftings quirúrgics i les blefaroplàsties, que aconsegueixen resultats impactants i ràpids.

En definitiva, tenim un enorme ventall de possibilitats a l'abast, les quals permeten, d'una manera raonada i raonable, millorar l'aspecte de les persones d'edat avançada. Mai, però, no hem de perdre de vista el que ja digué Pierre Corneille: «Si a la meua cara veieu senyals de vellesa, recordeu que a la meua edat no valdreu més que jo».

Referències bibliogràfiques

Arsiwala, S. Z. i Cutan, J. (2015). Current Trends in Facial Rejuvenation with Fillers. *Aesthet Surgery Journal*. 8(3), 25-26.

Baran, R. (2011). The nail in the elderly. *Clinics in Dermatology* 29, 54-60.

Berger, T. i Steinhoff, M. (2011). Pruritus in elderly patients-eruptions of senescence. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery* 30, 113-117.

Gurwitz, J. H., Field, T. S. i Harrold, L. R. (2003). Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 289, 1107- 1116.

Pirmohamed, M., James, S. i Meakin, S. (2004) Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. *British Medical Journal*, 329:15-9.

Gandhi, T.K., Weingart S.N. i Borus, J. (2003) Adverse drug events in ambulatory care. *The new England Journal of medicine*, 348:1556-64.

Iglesias, L. (1999). *Dermatología Geriátrica*. Madrid: Aula Médica.

Kaya, G. i Saurat, J. H. (2007). Dermatoporosis: a chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. Clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. *Dermatology* 215(4), 284-294.

Roncero-Riesco, M., Martínez de Salinas-Quintana, A. i Unamuno-Pérez, P. (2006). Problemas dermatológicos frecuentes en los ancianos (I). *MC* 13(5), 252-259.

Serrano, S., Soto, J. i Moreno, J. C. (2002). *Dermatología cosmética*. 1a ed. España: Grupo Aula Médica. ISBN: 84-7885-300-6.

Trueb, R. (2005). Aging of hair. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 4, 60-72.

Autors

ROSA TABERNER FERRER

Palma (1971). Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona (1995). Especialista en Dermatologia Medicoquirúrgica i Venereologia a l'hospital de la Santa Creu i de Sant Pau (Barcelona, 2000). Dermatòloga a l'hospital Son Llàtzer des de l'any 2002 fins a l'actualitat. Des de l'any 2010, també treballa d'adjunta al Centre de Malalties de Transmissió Sexual (CAITS) de Palma, que dependèn de l'Ib-Salut . És l'editora del blog de dermatologia *Dermapixel* des de l'any 2011.

NOÈLIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

Barcelona (1988). Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona (2012). Resident de quart any de Dermatologia Medicoquirúrgica i Venereologia a l'hospital de Son Llàtzer (Palma, període formatiu 2013-2017).

CRISTINA NADAL LLADÓ

Palma (1966). Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona (1992). Especialista en Dermatologia Medicoquirúrgica i Venereologia a l'hospital de la Santa Creu i de Sant Pau (Barcelona, 1996). Cap del Servei de Dermatologia de l'hospital de Son Llàtzer.

ÀLEX LLAMBRICH MAÑES

Barcelona (1974). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona (1998). Especialista en Dermatologia (2003), doctor en Medicina per la Universitat de les Illes Balears (2016), amb una tesi sobre les aplicacions de la dermatoscòpia en l'estudi de tumors cutanis. Expert en el diagnòstic dermatoscòpic de tumors cutanis, ha participat en diferents cursos com a professor. Ha treballat com a dermatòleg a l'hospital de Manacor (2003-2005) i, des de l'any 2005, al Servei de Dermatologia de l'hospital de Son Llàtzer.

JOSÉ IGNACIO TORNÉ GUTIÉRREZ

Sanlúcar de Barrameda, Cadis (1971). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universidad de Cadis (1996). Especialista en Medicina Familiar i Comunitària en la Unidad Docente de Murcia (2000). Especialitat en Dermatologia Medicoquirúrgica i Venereologia a l'hospital Clínico Universitario de Valladolid (2006). Actualment treballa com a adjunt de Dermatologia a l'hospital de Son Llätzer.

MARIA ELISABET PARERA AMER

Manacor (1979). Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona el 2003. Especialista en Dermatologia Medicoquirúrgica i Venereologia al 2008 a l'hospital del Mar de Barcelona. Treballà de metgessa adjunta de Dermatologia durant un any, fins al 2009, a l'hospital del Mar i, des de llavors, a l'hospital de Son Llätzer de Palma. També treballa d'adjunta al Centre de Malalties de Transmissió Sexual (CAITS) de Palma, que depèn de l'Ib-Salut, des de l'any 2010. Durant els anys 2007-2009 va participar en el treball de recerca becat per l'Institut de Salut Carlos III de Madrid: «Estudio de la patogenicidad de los anticuerpos contra el colágeno XVII en el penfigoide ampolloso y el penfigoide de membranas mucosas», pel qual va aconseguir la Suficiència Investigadora.

ANTONI NADAL NADAL

Palma (1986). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona (2010). Premi extraordinari de Llicenciatura (2010) de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Especialitat de Dermatologia Medicoquirúrgica i Venereologia a l'hospital de Son Llätzer (2014). Actualment, treballa com a adjunt de Dermatologia a l'hospital de Son Llätzer.

TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA I ENVELLIMENT

Trastorns de la conducta alimentària i envelliment

Lydia Sánchez Prieto
Lluís Ballester Brage

Resum

Probablement, per influència dels ideals d'eterna joventut i de figura esvelta i perfecta —variables facilitadores, però no úniques—, els trastorns de la conducta alimentària han augmentat en els últims anys. A pesar que la manca de literatura i de conscienciació social semblen indicar el contrari, s'ha identificat també un augment dels trastorns de la conducta alimentària en edats avançades. Un estudi va revelar que un 3,8% de les dones grans de la mostra complia criteris de patir un trastorn de la conducta alimentària i un 4,4% presentava simptomatologia per a desordres alimentaris. La insatisfacció de l'aparença corporal es manifesta independentment de l'edat i, fins i tot, pot veure's agreujat en arribar la menopausa. Moltes dones grans reben l'arribada de la menopausa com un marcador de l'envelliment, raó per la qual intenten combatre-la mitjançant el control i la disminució del pes. En altres ocasions, es tracta d'una patologia que s'ha mantingut al llarg dels anys i en la qual apareixen recaigudes, que provoquen deterioració en diferents àrees, com la interpersonal, o associades a malalties físiques i mentals. Indiscutiblement, la problemàtica vinculada amb el manteniment i la història d'intents de recuperació fallits compliquen la intervenció.

L'edat actua com una variable amb entitat suficient com per generar diferències significatives entre el col·lectiu de joves i el de grans, com l'edat d'inici, l'evolució del quadre clínic, la comorbiditat associada o la durada del trastorn. No obstant això, és un col·lectiu que no tendeix a declarar la simptomatologia ni a demanar ajuda i que, per tant, passa inadvertit. Per la qual cosa s'ha de fomentar una conscienciació social i professional que desenvolupi abordatges adequats, en els quals el diagnòstic diferencial ha de ser el correcte i la intervenció també ha de reconèixer les especificitats d'un trastorn greu, complicat i mantingut en el temps.

Resumen

Probablemente, por influencia de los ideales de eterna juventud y de figura esbelta y perfecta —variables facilitadoras, pero no únicas—, los trastornos de la conducta alimentaria se han visto incrementados en los últimos años. A pesar de que la ausencia de literatura y de concienciación social parecen indicar lo contrario, se ha identificado también un aumento de los trastornos de la conducta alimentaria en edades avanzadas. Un estudio reveló que un 3,8% de las mujeres mayores de su muestra cumplían criterios para un trastorno de la conducta alimentaria y un 4,4% presentaba sintomatología para desórdenes alimentarios. La insatisfacción por la apariencia corporal se manifiesta independientemente de la edad, e incluso, puede verse agravado al llegar la menopausia. Muchas mujeres mayores reciben la llegada de la menopausia como un marcador del envejecimiento, por lo que intentan combatirla mediante el control y la disminución del peso. En otras ocasiones, se trata de una patología que se ha mantenido a lo largo de los años y en la que aparecen recaídas,

que provocan deterioro en diferentes áreas, como la interpersonal, o asociadas a enfermedades físicas y mentales. Indiscutiblemente, la problemática vinculada al mantenimiento y la historia de intentos de recuperación fallidos complican la intervención.

La edad actúa como variable con entidad suficiente como para generar diferencias significativas entre el colectivo de jóvenes y el de mayores, como la edad de inicio, la evolución del cuadro clínico, la comorbilidad asociada ni la duración del trastorno. No obstante, es un colectivo que no tiende a declarar la sintomatología o a pedir ayuda y que, por consiguiente, pasa inadvertido. Por lo que se debe fomentar una concienciación social y profesional que desarrolle abordajes adecuados, en los que el diagnóstico diferencial sea el correcto y la intervención también reconozca las especificidades de un trastorno grave, complicado y mantenido en el tiempo.

1. Trastorns de la conducta alimentària. Qüestió d'edat?

En les últimes dècades, s'ha registrat un increment rellevant dels trastorns de la conducta alimentària (TCA), associats a rígids cànons de bellesa imposats per una societat cada vegada més exigent (Fairweather-Schmidt, Lee i Wade, 2015; Guerro, Barjau i Chinchilla, 2001; Kumar, Hill i Haslett, 2001). Tant els canvis socials —variacions actitudinals alimentaris— com culturals —culte al cos i cerca d'èxit mitjançant el cos—, han influït en l'increment de la prevalença d'aquests trastorns (Kilpela, Becker, Wesley i Stewart, 2015). Però també, sens dubte, el paper dels mitjans de comunicació i de les grans indústries d'aliments o de productes «prodieta» és innegable (Guerro et al., 2001; Kristeller, 2016b). En afegit, Harris i Cumella (2006) declaren que persones de totes les edats i grups ètnics estan experimentant també taxes de sobrepès i obesitat; aspecte que incideix i pressiona cada vegada més una cultura obsessionada amb la primesa.

Sembla indiscutible que els TCA també s'identifiquen en dones grans i que, a més, el seu abordatge és més complicat que en dones més joves (Elran-Barak et al., 2015). Amb l'edat, el desig per la primesa i per la figura ideal no disminueix, al contrari, la preocupació per l'envelliment i per la figura esvelta correlacionen de manera positiva (Gadalla, 2008; Kristeller, 2016a; Mangweth-Matzek et al., 2008; Nnakwe i Yu, 2014). Prova d'això són els estudis identificats que han informat sobre teràpies clíniques orientades a dones grans que han estat diagnosticades sota la categoria de TCA (Frieling et al., 2010; Gramaglia et al., 2011; Kumar et al., 2001; Mermelstein i Basu, 2001; Shibli-Rahhal i McCormick, 2013). No obstant això, amb prou feines existeix literatura o recerques que abordin el problema al qual s'enfronten les dones grans (Ackard, Richter, Frisch, Mangham i Cronemeyer, 2013; Harris i Cumella, 2006; Kristeller, 2016; Elran-Barak et al., 2015; Mangweth-Matzek, Hoek i Pope, 2014). A més, els estudis han tingut en

compte l'edat i tendeixen a abordar casos de desnutrició i/o de dificultats en l'alimentació, però no els TCA pròpiament (Gadalla, 2008). O bé, segons assenyalen Mangweth-Matzek et al. (2014), molt pocs estudis s'han basat en l'àmbit clínic. La rellevància rau en el fet que la manca de recerca pot estar condicionant els actuals diagnòstics diferencials i, per tant, els adequats abordatges terapèutics (Kumar et al., 2001; Harris i Cumella, 2006).

Tant l'edat com el sexe constitueixen variables amb entitat suficient com per generar diferències significatives, i han de ser tingudes en compte en l'avaluació del trastorn i, especialment, en el tractament (Harris i Cumella, 2006). Per exemple, Harris i Cumella (2006) apunten que infants que realitzen dieta abans dels 14 anys tindran fins a vuit vegades més probabilitats de desenvolupar un TCA. Una altra evidència s'associa a una aparició més primerenca de la menarquia, senyalitzat per alguns autors com un factor de risc. El gènere també és una variable suficientment potent com per establir diferències significatives, com s'argumentarà més endavant. No obstant això, les recerques fetes en dones de diferents ètnies amb prou feines han llançat diferències consistents, per la qual cosa no es pot establir la variable ètnia com una característica diferenciadora (Marcus, Bromberger, Wei, Brown i Kravitz, 2007). Amb tot, l'objectiu d'aquest estudi és considerar l'edat com una variable condicionant dels TCA, per la qual cosa ha de ser avaluada i analitzada.

2. Aproximació a la prevalença

Com s'ha exposat anteriorment, amb prou feines hi ha estudis que abordin els trastorns de la conducta alimentària en dones grans, per la qual cosa, oferir dades homogènies resulta una tasca àrdua. No obstant això, es pot afirmar que l'edat pot incidir en la prevalença i en l'evolució del trastorn (Gadalla, 2008).

L'estudi de Gadalla (2008) va avaluar una mostra canadencs de 5.034 dones d'entre 50 i 64 anys. Fins a un 16% de la mostra analitzada va manifestar «haver estat o estar molt preocupades» per la seva figura o el seu pes en els últims 12 mesos de la seva vida.

Probablement, el que és significatiu de la dada no és únicament l'elevada prevalença, sinó que, a més, el percentatge varia poc en comparació amb dones més joves; un 22% manifesta la mateixa preocupació en una mostra de dones d'entre 25 i 44 anys. De la mostra avaluada, fins a un 2,6% va puntuar positiu en l'escala Eating Attitudes Test (EAT), és a dir, probablement complien criteris per a un TCA.¹ I de nou, la comparació amb el col·lectiu de joves va ressaltar per les mínimes diferències observades (un 3% puntuarien positiu en el mateix qüestionari en la mostra d'entre 25 i 44 anys). Així, les evidències corroboren

¹ S'ha de destacar que el EAT-26 és un instrument utilitzat per al garbellat dels pacients, per tant, no es pot assegurar que sigui una població clínic, sinó que serà rellevant continuar avaluant la mostra per verificar si compleix criteris diagnòstics.

que amb l'edat no disminueix el risc de patir un TCA; mite arrelat en les concepcions actuals. Mangweth-Matzek et al. (2008) analitzen la prevalença en una mostra no clínica de 1.000 dones amb edats compreses entre 60 i 70 anys, en què es va identificar que un 60% manifestaven insatisfacció amb el seu cos i un 80% havia intentat controlar el seu pes. En concret, un 3,8% de dones complia criteris diagnòstics d'un TCA i un 4,4% presentava simptomatologia de desordres alimentaris. De la mostra, un 71% havia realitzat controls de pes en algun moment, un 69% havia practicat exercici físic, un 10% havia optat per dejunar, un 6% usat laxants o diürètics i un 1% s'havia provocat el vòmit.

Una qüestió que també s'ha de considerar és la que van exposar Fairweather-Schmidt et al. (2015), els quals van destacar que les prevalences obtingudes no constitueixen la realitat total, ja que valoren aquelles persones que compleixen criteris diagnòstics per a TCA, però únicament les que en presenten simptomatologia. Ha de recordar-se que, amb freqüència, els pacients poden no complir tots els criteris per ser compatibles amb un quadre clínic, però així i tot, poden patir un elevat malestar o presentar deterioració significativa en diversos àmbits de la seva vida. Els autors van evidenciar mitjançant la seva recerca que tant el desenvolupament dels trastorns —«**eating disorders**»— com la presència de simptomatologia —«**disordered eating**»— disminueixen la qualitat de vida de les persones afectades. En concret, els investigadors van abordar el projecte longitudinal ALSWH, que va estudiar la qualitat de vida en una mostra de 4.000 dones, dividida en tres submostres compreses entre 18-23 anys (nascudes entre 1973-1978), entre 45-50 anys (nascudes entre 1946-1951) i entre 70-75 anys (nascudes entre 1921-1926). Els resultats van revelar que totes aquelles dones que havien presentat simptomatologia vinculada amb els desordres alimentaris en la línia basi presentaven pitjor qualitat de salut mental que les que no l'havien presentat. Fins i tot, exposaven que malgrat les possibles millores al llarg dels anys, la pitjor salut mental es mantenia durant els següents dotze anys. Un altre aspecte rellevant comprovat va ser que la salut física disminuïa a mesura que passaven els anys —com en la població normal ocorre per la deterioració associada a l'edat— però emfatitzaven que, si hi havia simptomatologia de TCA, la pèrdua de salut física era encara major. A diferència del que passava amb la salut mental que tendia a millorar al llarg dels 12 anys, la salut física no deixava d'empitjorar.

La durada dels trastorns també és rellevant, ja que poden acompanyar la persona al llarg de la seva vida; un estudi longitudinal va assenyalar que aproximadament 1 de cada 20 dones diagnosticades de TCA havien mantingut el trastorn després de vint anys (Keel, Gravener, Joiner i Haedt, 2010). D'igual manera, la recerca d'Ackard, Richter, Frisch, Mangham i Cronemeyer (2013) va abordar l'increment de la prevalença dels trastorns de la conducta alimentària en un període que comprèn de 1989 a 2006. Es va identificar un creixement dels TCA del 0% al 13% en dones valorades en l'estudi com de mitjana edat.² S'ha d'emfasitzar que mentre que s'augmenta solament un 4,7% de 1989 a 2001,

² La mostra de l'estudi comprèn dones de 18 a 64 anys.

de 2002 a 2006 les xifres ascendeixen a un 11,6%, per la qual cosa, la prevalença es multiplica en els últims anys.

En un altre estudi longitudinal de Marcus et al. (2007) es va avaluar la prevalença de *bulímia nerviosa* (BN) en una mostra de 589 dones d'edats compreses entre 42 i 55 anys i diferents ètnies (afroamericanes, hispàniques i caucàsiques). Un 2,4% va obtenir puntuacions significatives en el qüestionari Bulímia Test-Revised (BULIT-R), per la qual cosa havien de seguir sent avaluades per determinar si complien criteris diagnòstics. No obstant això, sí que es va identificar múltiple simptomatologia vinculada amb els desordres alimentaris; un 29,7% va declarar insatisfacció amb els seus patrons d'alimentació, un 13% va exposar que amb freqüència menjava de manera compulsiva, un 9,2% va informar sobre les seves preocupacions per engreixar i un 11% que s'atipava dues o tres vegades al mes. Es va destacar que fins a un 13,4% de les dones avaluades va declarar que limitava la seva ingesta amb freqüència per controlar el seu pes.

D'altra banda, l'estudi de Flint et al. (2014), que validava l'escala Yale Food Addiction (YFAS), va identificar que un 8,4% de la mostra amb edats compreses entre 45 i 64 anys presentava addicció al menjar, i un 2,7% de dones entre 62 i 88 anys. En qualsevol cas, els autors explicaven que hi ha una important correlació entre l'addicció al menjar i patir obesitat.

Harris i Cumella (2006) destaquen una característica rellevant associada a la mortalitat; fins a un 78% de les morts associades a *anorèxia nerviosa* (AN) són dones grans de 65 anys —no es tracta de dones joves com erròniament s'ha cregut. S'ha de tenir en compte que la mortalitat per AN és la més elevada de tots els trastorns psiquiàtrics, amb un 5% (Podfigurna-Stopa et al., 2015). Aquesta alarmanant dada reforça la rellevància d'investigar i intervenir en els TCA, assumir l'edat com una variable que ha de ser considerada, eradicar la tendència de tractar l'anorèxia nerviosa com un trastorn relacionat amb dones joves o adolescents i, per tant, afavorir la discriminació del col·lectiu de grans.

Com s'ha vist fins al moment, les dades aportades fan referència a altres països, però en la recerca bibliogràfica no s'ha identificat cap document que especifiqui quines serien les xifres a Espanya en dones grans. Com s'ha defensat, el problema és que hi ha una manca d'investigació i de conscienciació que permeti l'avaluació o l'estimació de la prevalença o la incidència. Com s'indica en la revisió bibliogràfica sobre epidemiologia de Peláez, Raich i Labrador (2010) a Espanya és necessària la millora sistemàtica d'estudis sobre la prevalença dels TCA, perquè, entre d'altres aspectes, es té tendència a subestimar la prevalença i, a més, se sol centrar en la població comunitària, escolar, adolescent i juvenil.

La consulta de la prevalença a Espanya ens orienta a dades vinculades quasi sempre amb poblacions juvenils. Però, a més, la diversa metodologia utilitzada per aconseguir la prevalença ha conduït a resultats heterogenis que disten amb freqüència a causa de les diferències de la mostra o de l'instrument de recollida. En concret, i segons la

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, s'apunta que entre un 0,14% i un 0,9% compleixen criteris per AN, però s'estudia en una població amb edats compreses entre 12 i 21 anys. Respecte de la BN, les xifres oscil·len entre el 0,41% i 2,9% i, respecte al TCANE, entre el 2,76% i el 5,3%. Per tant, les xifres generals referides als TCA es trobarien entre el 4,1% i el 6,41%.

En un altre estudi, en què s'estudia la prevalença d'una mostra d'alumnes de 12 i 13 anys de Saragossa, s'indica que els resultats apunten que un 0,7% de la població compleix criteris per a un TCANE (Ruiz-Lázaro et al., 2010). D'una altra banda, en un estudi de Gran Canàries, les xifres d'una mostra d'alumnes d'entre 12 i 20 anys era la següent: un 0,19% complia criteris per a AN, un 0,57% per a BN i un 3,34% per a TCANE (Álvarez-Malé, Bautista i Serra, 2015). S'ha d'insistir que, com ja s'ha explicat anteriorment, hi ha tendència a infravalorar les xifres; així, en una mostra alacantina, fins a un 11,2% presentaven conductes de risc de desenvolupar TCA (Pamies-Aubalat, Marcos i Castaño, 2011).

3. Característiques de les dones grans amb TCA: elements diferenciadors

L'etiopatogènia dels TCA es vincula a un complex entramat de factors genètics, biològics i ambientals. Es tracta d'un dels trastorns més variats que es poden identificar, ja que desenvolupa simptomatologia extrema que fluctua entre una restricció elevada de menjar i sobreingestes. Però, a més, pot pertorbar i provocar greus conseqüències, especialment com més s'allarga en el temps i es fa crònica.

Per començar, segons Elran-Barak et al. (2015), en dones grans que han buscat tractament s'han diagnosticat menys anorèxies i bulímies, i una major taxa de diagnòstic de trastorns per afartament (TA) i trastorn de la conducta alimentària no especificat (TCANE), en comparació amb col·lectius més joves. De fet, en la mostra, la majoria dels diagnòstics de TA es realitzava en persones de devers quaranta anys. La restricció calòrica estricta no és tan prototípica en les dones grans com en les joves, en canvi, sí que se'ls associa un major ús de medicaments i de substàncies per perdre pes (Ackard et al., 2013). Mangweth-Matzek et al. (2014) recolzen l'afirmació anterior i conclouen que a pesar que les anorèxies nervioses semblen poc freqüents en dones de 60 o més anys sí que ho són els afartaments i les purgues. Fins i tot s'han informat de diferències entre dones de mitjana edat (considerades a l'estudi entre 50 i 65 anys) i dones d'edat avançada (més grans de 65 anys). En concret, s'exposa que en dones de mitjana edat és més freqüent la ingesta desinhibida d'aliments i el desenvolupament d'impulsos destinats a reduir el pes (Lewis i Cachelin, 2001).

Ackard et al. (2013) també van apuntar una altra característica predominant: la durada del trastorn és superior en el col·lectiu de grans —van registrar una durada del trastorn de 26,5 anys en les dones grans enfront dels 8,1 anys en les joves. A més, també van exposar

que els quadres simptomatològics eren més greus en les dones grans que en les joves i que s'identificava una major comorbiditat amb patologies de l'eix I del DSM. Es va reconèixer una pitjor evolució de la simptomatologia, fins a desembocar en múltiples conseqüències físiques i mentals, com problemes interpersonals, menor competència i autoestima o major sensació de buit emocional, entre d'altres (Ackard, Richter, Egan i Cronemeyer, 2014; Marcus et al., 2007). Kumar et al. (2001) emfatitzen l'elevada comorbiditat registrada entre TCA i depressió, especialment, en dones d'edat, per la qual cosa, l'abordatge de la simptomatologia depressiva és determinant en la teràpia. Per començar, les taxes de simptomatologia depressiva eren 6,9 vegades més probables en població que ja pateix un TCA que en població no clínica. El mateix ocorre amb trastorns d'ansietat, en què la dualitat és més freqüent, fins a 2,6 vegades més probable, especialment, en anorèxies nervioses. Gadalla (2008) també va constatar la correlació d'obtenir puntuacions elevades en els TCA i patir estrès. Tanmateix, el que sens dubte s'ha de ressaltar és l'elevada patologia addictiva identificada; es registren múltiples casos d'addiccions (sobretot alcohol) i TCA. Els autors exposen que patir una addicció era 6 vegades més probable si puntuaven elevada la simptomatologia alimentària. Finalment, no cal destacar que existeix una robusta relació entre els desordres en el patró alimentari i problemes de pes o IMC inadequats (Marcus et al., 2007).

En les poblacions de 65 o més anys, les probabilitats de presentar comorbiditat també són més elevades que en la població normal (Kumar et al., 2001; Marcus et al., 2007). En concret, hi ha un risc 3,2 vegades superior d'experimentar un trastorn de l'ànim i de 5,6 vegades d'experimentar un trastorn de l'ànim.

L'experimentació de simptomatologia sense tractament eficaç mantinguda en el temps, característica de la falta de diagnòstic, es pot vincular, a més, a una major deterioració en l'organisme, com: hipotensió, bradicàrdia, osteoporosi, problemes gastrointestinals i canvis en el sistema nerviós, entre d'altres (Brandsma, 2007; Elran-Barak et al., 2015; Harris i Cumella, 2006; Nnakwe i Yu, 2014).

Com a possibles **factores diferenciadors que predisposen**, Fairweather-Schmidt et al. (2015) subratllen **aspectes socioculturals**. És a dir, exposen que mentre que les dones grans es van poder veure influïdes per l'època de la postguerra, on malgrat la incipient importància de la primesa, també s'apreciaven els canvis corporals de l'edat mitjana, les dones més joves han estat exposades a un bombardeig d'exigències i d'ideals de primesa. Així, per als investigadors els aspectes socioculturals podrien actuar com a factors explicatius de la pitjor evolució del quadre clínic en dones més joves enfront de les grans. També és rellevant destacar que Marcus et al. (2007) identifiquen una relació entre els desordres alimentaris i haver patit maltractament o abusos infantils. Específicament, defensen que haver sofert abús físic o sexual abans dels 19 anys està estretament relacionat amb l'inici de trastorns de l'alimentació, i amb el fet de mantenir-los al llarg de la vida.

A més, també s'han identificat estudis que han intentat establir correlacions amb dades sociodemogràfiques dels pacients avaluats. Per exemple, en l'estudi d'Elran-Barak et al. (2015) es reconeix que persones amb TCA en edats mitjanes o tardanes presenten menys taxes de matrimonis i de fills que persones més joves. Els autors apunten la hipòtesi que es mantenia l'aïllament a causa dels problemes relacionals que aquestes persones tendeixen a presentar.

Ackard et al. (2013) han investigat les principals diferències entre el grup de dones grans i les joves i han assenyalat que presenten múltiples similituds. No obstant això, també han identificat algunes variacions, entre les quals destaquen que l'edat d'inici en les dones més grans és més tardana que en el col·lectiu de joves (mitjana de 21,4 anys versus la mitjana de 17 anys). Els autors Bueno et al. (2014) han corroborat que es produeixen diferències significatives entre persones que desenvolupen els TCA en edats primerenques (adolescència) i les que els desenvolupen en edats tardanes (consideren edat tardana quan apareixen després dels 25 anys).³ Els resultats evidencien menors taxes de consum de substàncies i de conductes autolesives, però si un major percentatge de persones amb obesitat premòrbida. Com pot observar-se, la simple aparició dels TCA en edats més tardanes actua com un condicionant de l'evolució clínica del trastorn i és una variable essencial tant en l'avaluació com en la intervenció. Respecte a l'avaluació, els autors recomanen considerar subtipus de trastorns quan hom es refereix a patologies d'aparició tardana i exposen que la simptomatologia varia: per exemple, hi ha una menor tendència a les bulímies.

D'igual manera, la insatisfacció corporal és un dels predictors més robusts dels TCA, com també del desenvolupament de comportaments inadequats per a la salut, com el control de pes, l'aparició d'estrès, pràctica d'un excés d'exercici físic o disminució de l'estat d'ànim, entre d'altres. Elran-Barak et al. (2015) emfasitzen que s'identifiquen pensaments distorsionats més severos sobre la figura corporal en dones grans. També Kilpela, Becker, Wesley i Stewart (2015) argumenten que la insatisfacció corporal pot ser més severa en dones grans en veure els seus cossos sotmesos a variacions, com la redistribució del teixit adipós, la coloració de la pell i la pèrdua de fermesa i d'elasticitat. Remarquen també que les variacions dels factors psicosocials poden afavorir una major insatisfacció, és a dir, en canviar les prioritats de les dones —atorgar més atenció a les cures de la família o a responsabilitats laborals que a la seva pròpia cura—, augmenta la percepció de descontrol.

Gadalla (2008) assenyalava dues possibles situacions vinculades amb l'aparició dels TCA:

- a) L'aparició per primera vegada d'episodis de TCA. Mangweth-Matzek et al. (2008) defineixen com patologies tardanes aquelles que apareixen després de l'adolescència o després dels 25 anys.

³ S'ha de tenir en compte que els resultats no parlen específicament de gent gran, sinó de trastorns que han aparegut després dels 25 anys, per la qual cosa el rang d'edat és ampli.

- b) Reaigudes d'episodis anteriors iniciats anteriorment. Podfigurna-Stopa et al. (2015) destaquen que únicament la meitat de les AN es recuperen, mentre que la resta sobreviu amb cicles crònics i múltiples recaigudes.

Harris i Cumella (2006) sintetitzen algun dels esdeveniments vitals que poden disparar l'aparició d'un TCA en edats tardanes, en concret, destaquen els següents:

1. La mort d'un pare o una malaltia és valorada pels autors com una necessitat d'independència, no obstant això, el desenvolupament d'una malaltia, com poden ser les alimentàries, retardaria o reduiria l'impacte de la responsabilitat que ha d'adquirir-se. Kumar et al. (2001) exposen que la pèrdua de persones estimades és un dels motius més comuns en el desenvolupament de trastorns de l'ànim i que la depressió és considerada un dels factors principals que predisposen a l'anorèxia en persones grans.
2. Una ruptura emocional —com un divorci— podria afavorir preocupacions sobre la figura i el desenvolupament de conductes que cerquen la perfecció corporal com a estratègia per obtenir nou company sentimental. S'exposa que la por a la solitud, la dependència del company i/o el temor a tornar a estar solter influeixen en el possible desenvolupament de la patologia.
3. Nous matrimonis o l'establiment de noves relacions també podrien actuar afavorint les malalties vinculades amb l'aspecte físic i l'alimentació. Harris i Cumella (2006) ho relacionen amb la inadaptació al nou sistema familiar, de manera que dèficits comunicatius o problemes en la gestió emocional poden incidir i afavorir també l'aparició de trastorns. Kristeller (2016a) exposa també l'emergència de nous trastorns després de nous matrimonis, així com també després dels embarassos —el guany del pes durant l'embaràs i els quilos que es mantenen malgrat haver donat a llum poden afavorir també el desenvolupament de patologies alimentàries.
4. Malalties associades a la imatge corporal, com un càncer de mama, també poden desenvolupar trastorns tardans. S'ha informat de casos en què apareixen després d'avisos mèdics per sobrepès, hiperlipidèmia, problemes mèdics que poden danyar l'organisme (Frieling et al., 2010). A més, i com a aspecte associat a l'edat, la pèrdua de plaer i de satisfacció a l'hora d'alimentar-se funciona com un element facilitador d'aquests trastorns. És a dir, associat a l'envelliment generalment i a malalties i deterioracions específicament, es pot identificar una pèrdua de sensibilització de les papil·les gustatives i olfactòries, que disminueix el plaer pels aliments (Harris i Cumella, 2006).
5. Els signes d'envelliment normals, com les arrugues, la flaccidesa o l'aparició de la menopausa, també poden influir i provocar una pèrdua d'autoestima i afavorir que s'intenti equilibrar mitjançant la baixada de pes o la millora de la figura. La idea de

l'eterna joventut es converteix en una pressió que tendeix a ser combatuda mitjançant la cerca del cos perfecte, per la qual cosa poden aparèixer desordres alimentaris (Keel et al., 2010). La menopausa és visualitzada per moltes persones com el marcador de l'inici de l'envelliment i per altres, com una època de declivi. Com s'ha exposat anteriorment, pot afectar a la percepció de l'aparença corporal i a la satisfacció, si va acompanyada de canvis corporals, com normalment ocorre —increment del teixit adipós, reducció de fermesa i/o pèrdua de sines (Kilpela et al., 2015).

6. La síndrome del niu buit també es vincula amb el desenvolupament de malalties, especialment, segons expliquen els experts, perquè els possibilita que se centrin en elles de nou, ocasionalment es dirigeix a una millora del seu aspecte físic, a la seva nutrició o a la seva estètica.

La mateixa rellevància ha d'atorgar-se als **factors de manteniment** d'aquestes patologies. Harris i Cumella (2006) emfatitzen que, sovint, dones adultes o grans que sofreixen TCA, en realitat, n'han patit al llarg de tota la seva vida, no obstant això, la identificació no es fa fins que són grans.

En concret, és prototípic d'aquestes patologies *la necessitat de control* com a factor de benestar i calma, que es realitza mitjançant el control de la ingesta d'aliments. Els problemes externs o la incorrecta gestió emocional tendeixen a no ser abordats o a intervenir de manera ineficaç, raó per la qual la frustració i la necessitat de control es projecten sobre el menjar i la imatge corporal. La capacitat de modificació del cos és valorada com un element de promoció de *l'autoestima*, per la qual cosa funciona com un factor de manteniment de la conducta de control alimentari (Kumar et al., 2001). Cal afegir que, en ocasions, el control alimentari també es vincula amb tocs d'atenció als familiars o les persones properes. Aquest aspecte, a més, adquireix especial rellevància en cas de la gent gran, en què la solitud és més comuna (Harris i Cumella, 2006). Podfigurna-Stopa et al. (2015) esmenten que ocorre exactament el mateix en les BN en dones grans, les quals realitzen elevades ingestes tant com una estratègia de gestió emocional, com per obtenir atenció, i les combaten amb mecanismes de compensació, com la purga o els laxants. Els mecanismes de compensació proporcionen una font de control i de poder sobre les seves vides, les seves emocions i les seves figures, que no saben obtenir d'una altra manera i que els ofereix una falsa percepció de benestar i de recuperació de l'autoestima. En canvi, en els TA el control sobre l'aliment és deficitari: els protagonistes poden ingerir grans quantitats de calories en poc temps o diverses vegades al dia sense poder establir límits; així, la variable del control juga un efecte contrari, per la qual cosa el plaer de l'aliment és el principal factor de manteniment del trastorn (Kristeller, 2016a).

També Gordon, Denoma, Bardone, Abramson i Joiner (2005) aborden l'autoestima com un dels eixos articuladors de l'inici i el manteniment dels trastorns. En concret, argumenten que

davant autoestimes baixes, les pressions socials influeixen en major mesura, tot convertint-se en un factor de risc. Així, les persones que presenten una autoestima baixa tendeixen a intentar adaptar-se a les normes socials seguint dietes o patrons alimentaris que els possibilitin adaptar-se als cànons de bellesa. També s'assenyala el perfeccionisme, tret de personalitat, com un desencadenant de les BN. El perfeccionisme indueix a una major intolerància al sobrepès, per la qual cosa les cerques de resolució del problema poden ser més dràstiques (Kumar et al., 2001), com ocorreria amb altres trets de personalitat que podrien ser factors de predisposició, com l'evitació del dany i la inestabilitat emocional, segons Podfigurna-Stopa et al. (2015), qualificats com factors de vulnerabilitat.

No obstant això, també es pot donar el cas contrari. Dels principals resultats extrets de l'anàlisi de Gadalla (2008), s'ha de subratllar que aquells que van puntuar més elevat en TCA, especialment en els TA, també presentaven un IMC més elevat, més preocupacions pel menjar i un historial més extens de dietes. Curiosament, Marcus et al. (2007) troben evidències que relacionen els trastorns alimentaris amb IMC elevats en dones grans, per la qual cosa, malgrat la lluita constant per aconseguir una pèrdua de pes, no s'aconsegueix permanentment, o fins i tot, es converteixen en intents que resulten fallits i que acaben incrementant l'IMC i convertint l'IMC elevat en un factor de manteniment, òbviament.

Finalment, i només a manera introductòria, cal destacar que **el gènere i les diferències ètniques**, segons han indicat Harris i Cumella (2006), també són variables diferenciadores investigades en els TCA en gent gran. Els autors apunten al fet que els homes que tendeixen a desenvolupar més TCA són els que han patit obesitat o sobrepès i també els que han declarat la intenció d'obtenir musculatura. Els autors exposen que en el gènere masculí també s'ha registrat una major prevalença dels trastorns associats a persones que han tingut dubtes sobre la seva orientació sexual, en col·lectius en què l'exigència del físic era elevada —actors, gimnastes o lluitadors— i als qui presentaven trets d'impulsivitat elevats. Actualment, la majoria dels casos identificats s'associen a preocupacions vinculades amb la musculatura, concepte que comença a establir-se sota la denominació de vigorèxia. Segons els autors, les principals diferències respecte de les dones són:

- Amb freqüència rebutgen i temen perdre pes.
- Les disfòrmies corporals o el rebuig del cos es relacionen amb el tronc superior (bíceps, espatlles, esquena, etc.).
- En les bulímies, el sobrepès actua com un factor facilitador i el vòmit autoinduït és menys comú.

Quant a les **diferències ètniques**, sembla que hi ha més tendència per part de les dones afroamericanes grans a tenir conductes compensatòries (purgues o laxants) i

en les caucàsiques a presentar preocupacions sobre el pes i a consumir substàncies. No obstant això, les recerques sobre dones de diferents ètnies amb prou feines han llançat resultats consistents, per la qual cosa es recomana seguir indagant sobre la qüestió (Marcus et al., 2007).

4. Què s'ha de tenir en compte en la intervenció amb aquest col·lectiu?

Sempre a partir de protocols estandarditzats i basats en evidència científica, la intervenció clínica sempre ha intentat respectar les necessitats personals del pacient i adaptar-s'hi, amb freqüència, mitjançant una modalitat individual ($n = 1$). La finalitat és, com és obvi, respondre de la manera més eficaç possible a la simptomatologia del pacient. I és justament aquest objectiu el que defensa aquest article. Les intervencions en dones grans amb problemes de conducta alimentària han de recolzar-se en tractaments basats en l'evidència, però sense deixar de parlar esment a les característiques especials de les dones grans. Per exemple, en l'avaluació del trastorn s'ha de tenir en compte que les dones postmenopàusiques no poden presentar amenorrea, com s'exigeix al CIE-10.⁴ Com ocorre amb altres trastorns i en altres edats, Ackard et al. (2014) verifiquen que tant el diagnòstic com la intervenció primerenca afavoreixen una millor evolució del quadre i millors resultats.

A més, adquireix major rigor si es tenen en compte les elevades taxes d'abandó del tractament per part del col·lectiu; Podfigurna-Stopa et al. (2015) esmenten taxes que es mouen entre el 20% i el 50%, també posen en relleu l'elevat percentatge de recaigudes durant el primer any després de l'alta clínica (41%). No sorprèn si es té en compte que l'AN ha estat considerada una de les malalties més difícils d'abordar a causa del rebuig dels pacients a recuperar el pes, a abandonar els seus mecanismes per millorar la figura corporal o als múltiples intents fallits per superar el malestar. Acaben acceptant la teràpia per pal·liar els efectes secundaris ocasionats pels mecanismes rígids establerts per al control del pes. Per això, l'adaptació a la persona i la flexibilitat de les pautes establertes són essencials, especialment quan es tracta de dones grans, que carreguen amb un extens historial d'estratègies fallides i el pronòstic de les quals tendeix a ser més greu. Podfigurna-Stopa et al. (2015) defensen que el primer pas és l'avaluació del risc de la vida del pacient, i que la teràpia s'ha d'encaminar a la recuperació de pes mitjançant consells dietètics i a la prevenció de recaigudes. En canvi, en la BN, els autors recomanen que se segueixin les pautes establertes pels comitès d'experts, com la teràpia cognitiva-conductual de Fairburn, ja que són tractaments planificats i dissenyats per a bulímies cròniques i que presenten recidives.

⁴ Actualment, el DSM-V, actual guia de referència, ha eliminat el criteri d'amenorrea, que s'havia mantingut en el DSM-IV.

El tractament o la teràpia en dones grans s'ha d'encaminar a tres eixos segons Harris i Cumella (2006):

a. (Re)construcció de la identitat personal

La (re)construcció de la identitat personal basada en tota una història d'èxits, experiències i assoliments, no en la imatge corporal. Es tractaria d'adquirir consciència de la pròpia vàlua, de com és, quines experiències ha tingut i quina ha estat la seva aportació.

b. Comprensió i intervenció en la pèrdua de la joventut

La comprensió del procés de dol, entenent el dol com el procés d'envelliment, en el qual s'abandona la ideologia de l'eterna joventut com a única possibilitat de felicitat o de benestar. L'acceptació dels canvis físics associats a l'edat i a l'evolució de l'organisme impliquen un aspecte clau en el tractament. Per la seva banda, Mangweth-Matzek et al. (2014) exposen que les preocupacions sobre l'envelliment actuen com una variable afegida, que agreugen l'autoconcepte. L'accent s'ha de posar a modificar la vàlua atorgada a la figura corporal i transportar el focus atencional a altres esferes personals, com les relacions interpersonals, el desenvolupament de competències o el reconeixement dels èxits obtinguts durant la vida. La intervenció en l'autoestima és essencial. Gordon et al. (2005) han verificat que en el col·lectiu de persones grans l'autoestima és un dels factors que més incidència té en els casos de BN, per la qual cosa el tractament ha de constituir-se incloent el foment i el reforç de l'autoestima d'aquestes dones.

La transició a un nou cicle vital, com és la menopausa, també pot influir en el desenvolupament dels TCA, ja que es relaciona amb importants canvis hormonals, modificacions de la figura corporal i variacions d'aspectes psicosocials (Harris i Cumella, 2006; Kilpela et al., 2015; Podfigurna-Stopa et al., 2015). Es produeix, com s'ha argumentat anteriorment, una afectació de la imatge corporal percebuda, per la qual cosa la intervenció específica sobre el canvi de cicle, sobre els efectes associats, també és rellevant. Tanmateix, l'arribada de la menopausa pot afavorir l'aparició o l'empitjorament d'algunes malalties físiques, disminuir la qualitat de vida i, per tant, l'abordatge també ha de considerar-les (Kilpela et al., 2015).

c. Establiment de suport social i de vincles afectius

El desenvolupament d'un model de comunicació assertiu, que permeti la gestió de les emocions d'una manera saludable i positiva per a la persona. Es recomanaria tant el foment d'habilitats per a la creació de vincles saludables i d'inclinació amb persones properes, com l'adquisició de pautes de cria parental positiva en col·lectius de mitjana edat (Ackard et al., 2014).

La gravetat es pot accentuar si es tracta d'una anorèxia extrema, ja que és característic de les anorèxies l'aïllament social. La severitat dels símptomes provoca inhibició emocional (alexitímia) en els que la pateixen, que deixen d'expressar i experimentar sentiments, i es deterioren les relacions interpersonals experimentades al llarg dels anys (Gramaglia et al., 2011). La supervisió i el suport social adquireixen un aspecte essencial i prioritari en l'abordatge dels trastorns. No obstant això, en el cas de dones grans que durant anys han viscut amb total independència i autonomia, que han adquirit rols de cuidadores en les seves famílies i que han normalitzat la restricció calòrica, és més complicat imposar-los o donar-los ajuda i suport. Per tant, l'aïllament desenvolupa un bucle negatiu i addictiu de solitud i de restricció calòrica que afavoreix l'aparició de conseqüències fatídiques.

A l'hora d'abordar la **tipologia de tractaments** s'ha de destacar que la teràpia cognitiva és seleccionada per la majoria dels autors com l'estratègia per a la modificació de preocupacions irracionals associades amb l'alimentació i/o el pes. Kristeller (2016a) destaca que les dones grans tenen arrelada la creença que l'excés de pes o de teixit adipós pot afectar la seva salut física, la qual cosa és una preocupació afegida i adquirida a través de consells mèdics i nutricionals característics de les etapes anteriors.

No obstant això, no és l'única. Són nombroses les teràpies que s'han provat per tractar els TCA. Kumar et al. (2001), en parlar del cas d'una anorèxia nerviosa en una dona de 72 anys, exposen que la teràpia electroconvulsiva podria funcionar i defensen que les anorèxies en la tercera edat es vinculen amb freqüència a depressions. A més, noves teràpies, com la "*Cinematherapy*", són recomanades per a l'abordatge de simptomatologia resistent i interioritzada durant anys, com és l'alexitímia. En concret, es fomenta la gestió emocional a través de pel·lícules que simbolitzin metàfores i que afavoreixin l'enfrontament a emocions però des d'un context controlat (Gramaglia et al., 2011). D'altra banda, Kristeller (2016a) proposa tècniques de *mindfulness* com a estratègies per reduir el consum calòric, especialment, en trastorns en què la sobreingesta o els afartaments siguin comuns, com en el trastorn per afartament. Específicament, l'autora argumenta que en focalitzar l'atenció sobre l'aliment es poden detectar, sincronitzar i aprofitar els efectes físics positius que es generen en l'organisme després de la ingesta. A més, es pot començar a distingir entre alimentar-se per gana o per pal·liar emocions negatives —s'ha de tenir en compte que amb freqüència s'utilitza la sobreingesta com a mètode d'evasió dels problemes o com a gestió emocional, per la qual cosa la funcionalitat del "*mindfulness*" es dirigeix també a la identificació de les emocions negatives com a pas previ a la ingesta excessiva.

La teràpia també ha de contemplar les múltiples **conseqüències físiques i mentals** associades al pas dels anys. Per començar, les complicacions mèdiques són el resultat d'anys de pèrdua de pes i malnutrició, com els problemes cardíacs, pulmonars, gàstrics, hematològics o neurològics. En dones grans, l'afectació en l'estructura òssia és elevada;

un 38% de les pacients amb AN presenta també osteoporosi i un 92% osteopènia. En concret, s'estima que fins a un 73% de dones grans de 50 anys amb TCA són diagnosticades d'osteoporosi i que el risc de fractura es multiplica per set (Podfigurna-Stopa et al., 2015). D'igual manera, també s'ha d'intervenir en la patologia mental, com la disminució de l'estat d'ànim anteriorment exposat, que incideix en els diferents àmbits (Kumar et al., 2001). Kilpela et al. (2015) recomanen considerar, especialment, les malalties cròniques, ja que representen una de les variables que empitjoren substancialment la satisfacció sobre l'aparença corporal i que disminueixen la qualitat de vida.

Així, són nombroses les possibilitats a l'hora d'intervenir, des de teràpies potencialment reconegudes i emmarcades en el vessant cognitiu-conductual a altres més innovadores que pretenen oferir camins alternatius. El que és indiscutible és que tant les unes com les altres han de valorar i tenir en compte les particularitats d'un col·lectiu que passa inadvertit (Sánchez, Orte i Vives, 2015).

5. Idees principals

Els ideals d'eterna joventut i de figura esvelta són valors transmesos de manera recurrent a través de múltiples vies, i que impregnen i influeixen en la satisfacció de l'aparença corporal de nombroses persones. Tal és l'afectació que poden afavorir l'aparició de trastorns de la conducta alimentària, ja que s'ha evidenciat una correlació entre la insatisfacció per la figura i l'aparició dels TCA. Com s'ha exposat anteriorment, els estudis han posat en relleu que la importància d'un cos desitjat i una imatge perfecta no disminueixen amb l'edat (Lewis i Cachelin, 2001; Mangweth-Matzek et al., 2008; Podfigurna-Stopa et al., 2015). Alguns autors argumenten que, fins i tot, empitjora la percepció i la satisfacció de la imatge corporal en allunyar-se dels cànons de bellesa en què preval la joventut i la primesa (Kilpela et al., 2015). El que pot variar és la tendència a declarar la simptomatologia o la demanda d'ajuda (Sánchez et al., 2015). També tendeix a ser menys visible la problemàtica, perquè no es desenvolupa de manera tan extrema com en col·lectius més joves —s'ha de remarcar que no visualitzar la simptomatologia no implica que disminueixi la gravetat (Lewis i Cachelin, 2001). Per la qual cosa és imprescindible tenir present que els TCA poden aparèixer en qualsevol moment del cicle vital i s'ha d'evitar la discriminació per qüestió d'edat (Gallardo, 2008; Harris i Cumella; 2006; Marcus et al., 2007).

Ha de recordar-se que la menopausa —com ocorre amb l'adolescència— és una etapa de vulnerabilitat, que engloba un entramat de variacions corporals, que poden predisposar a la dona a una pitjor percepció d'ella mateixa (Kilpela et al., 2015; Nnakwe i Yu, 2014). Diversos estudis han evidenciat que la menopausa és assumida com un marcador de l'envelliment, de manera que la seva arribada pot veure's acompanyada de sentiments

d'insatisfacció per la figura corporal i/o pot afavorir l'aparició de malalties que també repercuteixin en l'autoestima de la dona (Kilpela et al., 2015). Així mateix, s'ha comprovat la correlació entre la por a envellir i el desenvolupament de TCA (Lewis i Cachelin, 2001). Per tant, s'ha de valorar l'entrada al nou cicle, l'aparició de la menopausa o el rebuig a envellir com factors de risc, que han de guiar l'avaluació.

Com recullen Fairweather-Schmidt et al. (2015) en el seu estudi longitudinal, tant els TCA com la simptomatologia dels desordres alimentaris fomenten no només el desenvolupament de simptomatologia depressiva, sinó també altres trastorns mentals i físics que es mantindran al llarg dels anys. En el cas del col·lectiu de persones grans, la deterioració física és significativa i major respecte de la població normal (Elran-Barak et al., 2015). Per la qual cosa es considera que es convertirà en un problema de salut pública, que ha de ser no solament abordat, sinó també previngut, però, perquè sigui possible, s'assenyalen directament dues indicacions:

- En l'abordatge s'ha de tenir en compte que es tracta de patologies que, amb freqüència, es diagnostiquen incorrectament —és clau la distinció d'altres malalties de la conducta alimentària o digestives— i que, a més, es mantenen al llarg del cicle vital, per la qual cosa, s'han de tenir en compte les fluctuacions de la simptomatologia, a fi d'evitar que quedin emmascarades.
- El tractament dirigit a dones grans no ha d'anar únicament encaminat a la reestructuració del patró alimentari i de l'autoconcepte, sinó que també ha d'abordar la simptomatologia depressiva i la manca de suport social. Com s'exposava anteriorment, la solitud pot ser freqüent en TCA i s'agreuja en persones d'edat, cosa que afavoreix el desenvolupament de simptomatologia depressiva. Però, al mateix temps, la simptomatologia depressiva afavoreix l'aïllament, per la qual cosa es crea un bucle negatiu de retroalimentació que ha de ser detingut. Cal remarcar que no s'han de confondre amb trastorns depressius que es caracteritzin per falta d'apetit (Frieling et al., 2010).

En la mateixa línia, Gadalla (2008) també defensa la rellevància d'investigar i abordar el risc de comorbiditat dels TCA i d'altres trastorns psiquiàtrics, que és elevada i no pal·liada amb l'edat. Es recomana que l'avaluació i la intervenció no han de centrar-se únicament en si es compleixen els criteris diagnòstics, sinó, més aviat, si apareixen hàbits inadequats que puguin estar provocant deterioració o provocant un elevat malestar —desordres alimentaris— a fi d'evitar que passin inadvertits (Nnakwe i Yu, 2014). També Kilpela et al. (2015) alerten sobre la tendència a confondre insatisfacció per l'aparença corporal amb un TCA; exposen que no és el mateix presentar desgrat i rebuig, que desenvolupar un trastorn clínic, per la qual cosa l'avaluació ha de tenir molt present les diferències establertes entre ambdues categories, així com entre dones joves i grans.

En qualsevol cas, no es tracta d'un problema que pugui ser pal·liat sense una intervenció, ni sense un diagnòstic correcte ni sense la conscienciació social i professional per l'elevat malestar que comporta. Per tant, l'edat no ha d'invisibilitzar els afectats, ni actuar com a variable discriminadora. I, perquè sigui possible, tant la recerca com la intervenció clínica han de fomentar-se, han d'especialitzar-se i han de transmetre els coneixements.

Referències bibliogràfiques

Ackard, D. M., Richter, S., Egan, A. i Cronemeyer, C. (2014). Poor outcome and death among youth, young adults, and midlife adults with eating disorders: An investigation of risk factors by age at assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 825-835. <<http://doi.org/10.1002/eat.22346>>.

Ackard, D. M., Richter, S., Frisch, M. J., Mangham, D. i Cronemeyer, C. L. (2013). Eating disorder treatment among women forty and older: Increases in prevalence over time and comparisons to young adult patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 175-178. <<http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.10.014>>.

Álvarez-Malé, M. L., Bautista, I. i Serra, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutr Hosp.* <<http://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583>>.

Brandsma, L. (2007). Eating Disorders Across the Life Span. *Journal of Women & Aging*, 19(1/2), 155-172.

Bueno, B., et al. (2014). Late onset eating disorders in Spain: Clinical characteristics and therapeutic implications. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 1-17. <<http://doi.org/10.1002/jclp.22006>>.

Elran-Barak, R. et al. (2015). Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder in Midlife and Beyond. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(8), 583-90. <<http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000333>>.

Fairweather-Schmidt, A. K., Lee, C. i Wade, T. D. (2015). A longitudinal study of midage women with indicators of disordered eating. *Dev Psychol*, 51(5), 722-729. <<http://doi.org/10.1037/dev0000011>>.

Flint, A. J., Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., Brownell, K. D., Field, A. E. i Rimm, E. B. (2014). Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 578-586. <<http://doi.org/10.3945/ajcn.113.068965>>.

Frieling, H., Beyer, S., Kalb, R., Kornhuber, J., Demling, J., de Zwaan, M. i Bleich, S. (2010). Anorexia nervosa in a 56-year-old woman with a diagnosis of hyperlipidemia: A case report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(5), 492-493. <<http://doi.org/10.3109/00048671003614155>>.

Gadalla, T. M. (2008). Eating disorders and associated psychiatric comorbidity in elderly Canadian women. *Archives of Women's Mental Health*, 11(5-6), 357-362. <<http://dx.doi.org/10.1007/s00737-008-0031-8>>.

- Gordon, K. H., Denoma, J. M., Bardone, A. M., Abramson, L. Y. i Joiner, T. E. (2005). Self-Competence and the Prediction of Bulimic Symptoms in Older Women. *Behavior Therapy*, 36(2), 169-175.
- Gramaglia, C., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Brustolin, A., Campisi, S., De-Bacco, C. i Fassino, S. (2011). Cinematherapy in the day hospital treatment of patients with eating disorders. Case study and clinical considerations. *Arts in Psychotherapy*, 38(4), 261-266.
- Guerro, D., Barjau, J. M. i Chinchilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas españolas de psiquiatría*, 29(6), 403-410.
- Harris, M. i Cumella, E. J. (2006). Eating disorders across the life span. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 44(4), 20-6.
- Informes y Documentos Oficiales (2009). Guia de pràctica clínica sobre Trastornos de la Conducta alimentaria. Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E. i Haedt, A. A. (2010). Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 492-497. <<http://doi.org/10.1002/eat.20743>>.
- Kilpela, L. S., Becker, C. B., Wesley, N. i Stewart, T. (2015). Body Image in Adult Women: Moving Beyond the Younger Years. *Advances in eating disorders (Abingdon, England)*, 3(2), 144-164. <<http://doi.org/10.1080/21662630.2015.1012728>>.
- Kristeller, J. L. (2016a). The Struggle Continues: Addressing Concerns About Eating and Weight for Older Women's Well-Being. *Women & Therapy*, 39(1-2), 202-212. <<http://doi.org/10.1080/02703149.2016.1116855>>.
- Kristeller, J. L. (2016b). The struggle continues: Addressing concerns about eating and weight for older women's well-being. *Women & Therapy*, 39(1-2), 202-212. <<http://doi.org/10.1080/02703149.2016.1116855>>.
- Kumar, S., Hill, R. i Haslett, C. (2001). Anorexia nervosa in an elderly woman. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(2), 246-248.
- Lewis, D. M. i Cachelin, F. M. (2001). Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eating disorders*, 9(1), 29-39. <<http://doi.org/10.1080/106402601300187713>>.
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W. i Pope, H. G. (2014). Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 431-435. <<http://doi.org/10.1097/YCO.000000000000102>>.

Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Hausmann, A., Assmayr, K., Mariacher, E., Kemmler, G., ...Biebl, W. (2008). Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: A community study of elderly women. *The International Journal Of Eating Disorders*, 41(2), 174-179. <<http://doi.org/10.1002/eat>>.

Marcus, M. D., Bromberger, J. T., Wei, H. L., Brown, C. i Kravitz, H. M. (2007). Prevalence and selected correlates of eating disorder symptoms among a multiethnic community sample of midlife women. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 269-277. <<http://doi.org/10.1007/BF02879909>>.

Mermelstein, H. T. i Basu, R. (2001). Can you ever be too old to be too thin? Anorexia nervosa in a 92-year-old woman. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 123-126. <<http://doi.org/10.1002/eat.1064>>.

Nnakwe, N. i Yu, U. (2014). Prevalence of Abnormal Eating Among Middle Aged Peri and Menopause Women Participating in a Community-Based Nutrition Education Program. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education*, 1(8), 149-160.

Pamies-Aubalat, L., Marcos, Y. Q. i Castaño, M. B. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Medicina Clínica*, 136(4), 139-143. <<http://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.05.023>>.

Peláez, M. A., Raich, R. M. i Labrador, F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*.

Podfigurna-Stopa, A., Czyzyk, A., Katulski, K., Smolarczyk, R., Grymowicz, M., Maciejewska-Jeske, M. i Meczekalski, B. (2015). Eating disorders in older women. *Maturitas*. HYPERLINK <<http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.06.036>>.

Ruiz-Lázaro, P. M., Comet, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L. i Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4), 204-211.

Sánchez, L., Orte, C. i Vives, M. (2015). Los trastornos de conducta alimentaria en mujeres mayores. A: *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*. Almería: ASUNIVEP.

Shibli-Rahhal, A. i McCormick, L. (2013). Teriparatide treatment of osteoporosis in a patient with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 229-231. <<http://doi.org/10.1007/s40519-013-0034-y>>.

Autors

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Experta en Intervenció en qualitat de vida de gent gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distància. És psicòloga general sanitària. És professora associada del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, i imparteix l'assignatura de Gerontologia Educativa. Treballa com a psicoterapeuta a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda) des de 2010 i a Centre Es Pla des de 2016.

Ha treballat com a tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal des de 2008 fins a 2013. Ha coordinat el Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB. Ha tutoritzat i coordinat cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència, tant presencials com en línia. La seva línia principal de recerca és la violència de gènere en les dones grans i trastorns de la conducta alimentària. És secretària de l'*Anuari de l'envelliment de Illes Balears* des de 2009.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Doctor en Sociologia (UAB) i en Filosofia (UIB) i diplomat en Treball Social (UIB). Ha fet feina com a educador social i treballador social a l'Ajuntament de Palma, al Ministeri de Justícia, a Càrites i al Consell de Mallorca. De 1988 a 1996 va ser responsable del Departament de Planificació i Estudis de l'àrea de Benestar Social i Sanitat del Consell de Mallorca.

Des de 1997 és professor de Mètodes d'Investigació a la Facultat d'Educació de la UIB. De 2007 a 2011 va ser el director de l'Institut de Ciències de l'Educació.

Coordina, juntament amb el professor Josep Lluís Oliver, el seguiment i assessorament del Programa sobre pobresa infantil i familiar (la Caixa) per a les Illes Balears. Forma part del Grup d'Investigació i Formació: Educació i Societat (GIFES-UIB). També forma part, des de fa més de deu anys, del Grup d'Estudi de la Prostitució a les Illes Balears (GEPiB), de Prosocial i de la comissió permanent de la Red de Jóvenes e Inclusión Social, formada per cinc universitats i vuit entitats socials de l'Estat.

**MESURES SOCIALS I LEGISLATIVES
PER A REDUIR LA DISCAPACITAT:
HISTÒRIA I COMPTE ENRERE**

Mesures socials i legislatives per a reduir la discapacitat: història i compte enrere

José Manuel Portalo Prada

Resum

L'any 2016 l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (Consell de Mallorca) ha redactat una normativa reguladora dels requisits d'autorització i acreditació dels serveis socials per a persones amb discapacitat de Mallorca. Aquesta normativa és innovadora perquè promou els nous models d'atenció des de quatre pilars: valor per a les persones, flexibilitat del sistema de serveis, simplicitat del model d'atenció i un alt nivell d'exigència. Una normativa que alinea el futur amb un camí d'avanços i innovacions de més de 40 anys d'història en els serveis per a persones amb discapacitat a Mallorca. Durant aquest temps hem passat de no tenir serveis, al desenvolupament de models d'atenció pioners a nivell de l'estat, com per exemple, el treball amb suport (1992). No obstant, el grau de cobertura de les necessitats no és similar en tots els perfils de discapacitat; el sistema de serveis no està adaptat als itineraris vitals; no s'ha apostat suficientment per la promoció de l'autonomia ni per les connexions amb la comunitat. Així que, des d'un marc de drets, l'Administració assumeix aquest repte per situar les necessitats derivades d'una discapacitat al quilòmetre zero de cada persona, impulsant l'aprenentatge i la innovació, per avançar del benestar social al talent social: benestar personal, augment de possibilitats i vinculació social. Des d'una construcció de confiança que implica tota la ciutadania.

Resumen

En 2016 el Institut Mallorquí d'Afers Socials (Consell de Mallorca) ha redactado una normativa reguladora de los requisitos de autorización y acreditación de los servicios sociales para personas con discapacidad de Mallorca. Esta normativa es innovadora en tanto que promueve los nuevos modelos de atención desde de cuatro pilares: valor para las personas, flexibilidad del sistema de servicios, simplicidad del modelo de atención y un alto nivel de exigencia. Una normativa que alinea el futuro con un camino de avances y innovaciones de más de 40 años de historia en los servicios para personas con discapacidad en Mallorca. Durante este tiempo hemos pasado de estar sin servicios a promover modelos de atención pioneros a nivel del estado, como por ejemplo, el empleo con apoyo (1992). No obstante, el grado de cobertura de las necesidades no es similar en todos los perfiles de discapacidad; el sistema de servicios no está adaptado a los itinerarios vitales; no se ha apostado suficientemente por la promoción de la autonomía ni por las conexiones en la comunidad. Así que, desde un marco de derechos, la Administración asume este reto para situar las necesidades derivadas de una situación de discapacidad a km cero de cada persona, impulsando el aprendizaje y la innovación, para avanzar del bienestar social hacia el talento social: bienestar personal, aumento de posibilidades y vinculación social. Desde una construcción de confianza que implica a toda la ciudadanía.

1. Introducció

D'acord amb el que estableix la Llei General de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social, la discapacitat és una situació resultant de la interacció entre les persones amb dèficits previsiblement permanents i qualsevol tipus de barreres que limiten o impedeixen la seva participació plena i efectiva en la societat, en igualtat de condicions amb els altres.

La igualtat d'oportunitats és l'absència de tota discriminació, directa o indirecta, per motiu de o per raó de discapacitat, inclosa qualsevol exclusió o restricció.

Les mesures d'acció positiva són aquelles de caràcter específic consistents a evitar o compensar els desavantatges derivats de la discapacitat.

2. Mirades

Encara avui, els mitjans de comunicació i una gran part de ciutadans i ciutadanes es refereixen al col·lectiu de discapacitats. El col·lectiu passa davant de la persona.

Què s'espera d'una persona amb discapacitat? En el millor dels casos i sempre que es pugui, que sigui un exemple de superació. No s'espera que passi desapercebuda per la seva discapacitat, sinó que es fa invisible com a persona en no ser que hi hagi una història de superació per contar. Això és l'estigma. El contingut de l'etiqueta i una percepció majoritària.

Les actituds estigmatitzadores són al carrer i aquesta és la principal de les barreres per fer efectiva la igualtat d'oportunitats en els espais i activitats, en la informació i la comunicació i, molt especialment, en les relacions. Qualsevol etiqueta estigmatitza i per poc que sigui trenca una part de la dignitat i la individualitat, concedint als altres el dret a una mirada diferent, pluralitzadora, fent que la persona passi desapercebuda darrera el col·lectiu.

Cada persona és inherent als seus desitjos, necessitats, afectes, conflictes i competències. I per damunt de tot, a poder fruir dels mateixos drets, dels de qualsevol. Per això, parlar de "discapacitats" quan ens referim a persones és parlar de necessitats especials i solucions col·lectives, de mirades grupals i del "café per a tots".

L'afecte forma i ha de formar part essencial de les relacions entre persones. Però allò que molt sovint es mostra a les persones amb discapacitat forma part d'un sentiment de superioritat, de pena, de solidaritat o de sobreprotecció. I no és aquest afecte el que construeix una societat inclusiva, sinó el que retalla llibertats i oportunitats, produeix

segregació i construeix mons paral·lels fent a les persones amb discapacitat més vulnerables davant al món real.

Hem de fer una passa enrere l'estigma per mirar cada persona com a persona, perquè la discapacitat no es té, es pateix quan rebs una mirada diferent. I no com una malaltia transitòria, sinó com una barrera que limita oportunitats i remarca la vulnerabilitat.

3. Xifres

Una de cada dotze persones en el món tenen una discapacitat d'acord amb els criteris de la Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut, que puguen a 17 de cada 100 a partir dels 15 anys¹. D'aquestes, només 4 de cada 10 tenen el reconeixement oficial de discapacitat (grau a partir del 33%) que els dona accés als serveis i suports, sense comptar els pensionistes de la Seguretat Social per incapacitat permanent, que també es consideren persones amb discapacitat a efectes de la Llei General dels drets de les persones amb discapacitat.

A Mallorca hi ha 30.123² persones amb discapacitat reconeguda del 33%, dels quals el 51% són dones i el 49% homes. Si dividim el territori de Mallorca en tres parts traçant una Y invertida queden 3 zones on els principals municipis són Palma (sud-est-oest), Inca (est-nord) i Manacor (oest-nord). Dintre d'aquestes porcions, el 43% de les persones amb discapacitat viuen a la zona de Palma, el 31% a la zona d'Inca i el 26% a la zona de Manacor. El 59% de les persones amb discapacitat de Mallorca tenen dret a una pensió (grau de discapacitat a partir del 65%). El 69% de les persones amb discapacitat reconeguda tenen discapacitat física o orgànica, el 19% tenen discapacitat psíquica (intel·lectual i del desenvolupament o per salut mental) i l'11% tenen discapacitat sensorial (visual o auditiva).

I a efectes socioeconòmics, què suposa la discapacitat? Una mitjana de despeses del 2,6% del PIB³ i 403 € l'any per a cada ciutadà espanyol, encara molt lluny dels 1.789 € l'any del que es destina per a cada ciutadà danès en persones amb discapacitat⁴.

Així són les dades.

¹ Encuesta de integración social y salud 2012. Instituto Nacional de Estadística

² Centre Base d'Atenció a persones amb discapacitat i dependència a 31/12/2014

³ OCDE, 2011

⁴ Eurostat, 2012

4. Drets

Hem passat de la segregació a la inclusió, passant per la beneficència, la solidaritat i l'estat del benestar. Afortunadament, la societat va canviant. A Espanya, Illes Balears i Mallorca, han estat molt importants aquests canvis.

Fins als anys 70 quasi no hi havia serveis i els existents corresponien a grans institucions sanitàries on les persones es mantenien segregades i sense les mínimes condicions de dignitat. La discapacitat s'amagava. Els primers moviments associatius impulsaren la creació de serveis des de la reivindicació dels familiars (anys 60-80). A partir dels 80 es va donar un gran impuls a la legislació i a la creació de centres i serveis. A partir dels anys 90 els serveis socials es van desvinculant del model sanitari i es tradueixen progressivament en drets garantits, com l'educació o la sanitat. I amb el segle XXI ve una situació de consolidació... fins a la crisi de 2008, moment en el que l'estat del benestar tambaleja en relació als serveis i prestacions. No només per un problema econòmic, sinó probablement de model.

Quant a legislació, els canvis han estat paral·lels als moviments reivindicatius i impulsors dels canvis socials. La primera Llei de les persones amb discapacitat a Espanya es publica l'any 1982 i dona peu al primer gran impuls dels serveis integradors i de les mesures de discriminació positiva, com per exemple, la quota de reserva del 2% per a treballadors amb discapacitat en les empreses de més de 50 treballadors (vigent avui dia).

Haurem d'esperar fins a l'any 2003 per tenir la primera Llei d'igualtat d'oportunitats, no discriminació i accessibilitat universal, la qual cosa va constituir un canvi substancial cap a l'impuls de mesures d'inclusió social i d'igualtat d'oportunitats.

L'any 2006 es produeix una fita a nivell mundial com és la publicació del text de la Convenció Internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat, a la qual Espanya s'adhereix l'any 2008, i el 2011 s'aprova l'adaptació de la normativa més rellevant a aquesta Convenció.

La Llei de Dependència, de 2006, constitueix un sistema de prestacions estatal per a les persones que tenen reconeguda una situació de dependència.

Mentrestant, a les Illes Balears es publica l'any 2009 la Llei de Serveis Socials, el nostre marc de referència a nivell autonòmic.

Finalment el 2013, fruit de tots els avanços anteriors i molt especialment de la Convenció de l'ONU, s'aprova a Espanya la Llei 1/2013, General dels drets de les persones amb discapacitat i la seva inclusió social, que constitueix el marc de referència actual en matèria de drets de les persones amb discapacitat i de l'enfocament de totes les actuacions i recursos per fer efectiva la igualtat d'oportunitats.

En conclusió, avui disposem a Espanya i a les Illes Balears d'un bon marc normatiu quant a reconeixement dels drets i d'ampli recorregut quant a transformació social. Allò que resta, en la nostra opinió, són regulacions que vagin més enllà del marc general i tradueixin els drets en els suports efectius que necessiten les persones, uns suports orientats a la plena inclusió i participació ciutadana.

Aquest és el plantejament que s'ha fet des del 2015 des de l'Institut Mallorquí d'Affers Socials (IMAS), que és l'administració pública responsable dels serveis socials per a les persones amb discapacitat de Mallorca⁵ per impulsar una normativa que vagi més enllà de regular els serveis socials, i que contribueixi activament a construir una comunitat més inclusiva, basada en la confiança.

5. Serveis

5.1. Tres paradigmes

Els models de serveis a les persones amb discapacitat no han estat aliens als canvis socials, polítics i legislatius. Quan parlem del model d'atenció a les persones amb discapacitat ens referim a la forma en la que es dona resposta a les necessitats de cada persona. I no és una qüestió intrascendent perquè això determina, entre d'altres, el grau de respecte a la llibertat i dignitat de la persona, el control sobre la seva pròpia vida i la seva participació en la societat. I en aquest sentit encara és plenament vigent l'anàlisi que va fer V. Bradley, fa més de 20 anys, de tres paradigmes en els serveis per a persones amb discapacitat.

Taula 1 | *Tres paradigmes en serveis socials a les persones amb discapacitat*

10 qüestions	Institucional	Integració	Inclusió
Qui el rep?	Pacient	Usuari	Ciudadà
On es presta?	Institució (fora de la comunitat)	Llars, tallers, educació especial, centre especial de treball (basats en la comunitat)	El propi habitatge, lloc de feina, col·legi,... (dins la comunitat)
Quin model s'utilitza?	Custòdia o metge	Desenvolupament i conducta	Suport individualitzat
Què es fa?	Cures	Programes	Suports
Què es planifica?	Les cures	Les habilitats	L'itinerari vital

⁵ D'acord a la Llei 14/2001 d'atribució de competències als consells insulars en matèria de serveis socials i seguretat social, l'article 70.4 de la Llei 1/2007, de reforma de l'Estatut d'Autonomia i l'article 25 de la Llei 4/2009, de serveis socials de les Illes Balears.

10 qüestions	Institucional	Integració	Inclusió
Qui el rep?	Pacient	Usuari	Ciutadà
Qui controla la planificació?	Un professional	Un equip interdisciplinari	L'individu
Qui pren les decisions?	Normes de pràctica professional	Consens d'equip	L'individu amb els suports
Quines polítiques el regeixen?	Neteja, salut i seguretat	Habilitats i adaptació	Autodeterminació i inclusió
Quin és l'objectiu clau?	El control o curació	La modificació de les conductes	Canvis en l'entorn i les actituds
Què determina la qualitat?	La pràctica professional i nivell de cures	La realització de programes i objectius	La qualitat de vida de la persona

Font: Adaptat de V. Bradley, 1994

En la pràctica encara no podem afirmar que aquest tercer paradigma de la inclusió s'hagi extès com la pràctica generalitzada, però sí que en els darrers anys s'ha avançant en aquesta direcció. De fet, ja no és objecte de debat que la màxima inclusió i autonomia de la persona constitueixen la finalitat dels suports i adaptacions, o dit d'una altra forma, l'eliminació de barreres perquè la persona pugui gaudir dels drets i les condicions d'igualtat d'oportunitats. Perquè reduir les barreres significa reduir la situació de discapacitat.

5.2. De la salut als drets

Durant les darreres dècades s'ha avançat des d'una visió mèdico-assistencial cap a un altra basada en drets (la pròpia dels serveis socials actuals) centrada en millorar la vida de cada persona i donant el protagonisme a la persona, més que no als professionals. Aquesta és la visió moderna dels serveis socials i fins que no han arribat les respostes des de l'àmbit dels serveis socials, les necessitats de les persones en relació als seus drets no s'han cobert adequadament. Per aquesta raó, per exemple, en la discapacitat associada a salut mental o al dany cerebral sobrevingut, els serveis socials han trigat més a arribar. I el model socio-sanitari ha quedat en terra de ningú, perquè els recursos socials des de la visió mèdico-assistencial és insuficient i subsidiària del concepte de salut i malaltia. Per això, les situacions d'exclusió social o la institucionalització assistencial són freqüents en persones que no han rebut els suports necessaris per reduir les barreres de la discapacitat.

Pensem, per exemple, en una persona de poc més de 40 anys que viu amb parella i dos fills de 13 i 16 anys, té un lloc de feina estable i una xarxa de relacions satisfactòria. Un dia, aquesta persona pateix un accident cerebro-vascular que el deixa en una situació de limitacions importants i permanents a nivell motor i cognitiu. Quan acaba l'hospitalització comença un període de rehabilitació sanitària que dura dos anys. Una vegada passat aquest període, des de sanitat es deixa de proveir aquest servei, però la persona encara no ha adquirit l'autonomia

funcional suficient per tirar endavant amb la seva vida. Mentrestant, el sistema familiar i social ha anat canviant: els fills comencen a fer de pares, la vida conjugal es trenca. La mare torna a cuidar-se d'ell com quan era un nin. La xarxa d'amistats i relacions s'esvaeix. La persona queda sola a ca seva fins que, sense l'ajuda necessària, acaba per ingressar a un centre residencial. Aquesta és una fotografia ben habitual anys després de l'inici del canvi vital.

I això és així perquè, a més dels serveis sanitaris, la persona precisava aprendre hàbits d'autonomia, reestructurar la seva vida laboral o tenir una ocupació, fomentar vincles relacionals, generar noves connexions amb la comunitat, refer motivacions... és a dir, reestructurar la seva vida i recuperar-ne el control. Això és el que fan, entre d'altres, els serveis socials de promoció de l'autonomia per a persones amb discapacitat, i fins fa molt poc temps, o bé no existien o no arribaven a cada persona.

En canvi, en altres tipus de discapacitats com la discapacitat intel·lectual i del desenvolupament, la reivindicació dels moviments familiars en primer terme i la progressiva professionalització dels serveis socials en segon, han promogut avanços des de més temps enrere a l'hora de cobrir les necessitats en els diferents àmbits: educació, formació, ocupació i treball, habitatge o lleure, entre d'altres.

5.3. Del benestar social a la inclusió

La inclusió no és una gran família feliç. L'atenció a les necessitats de les persones amb discapacitat està evolucionant des d'un model proteccionista del benestar social i la dependència cap a una visió centrada en suports comunitaris. De categoritzar les persones a promoure itineraris vitals. De situacions permanents i impossibilitat d'escollir a poder escollir i canviar. De sistemes estàtics a sistemes d'oportunitats.

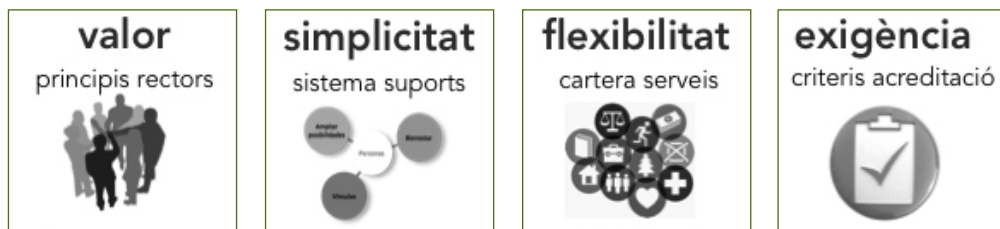
Aquest canvi, ja recollit a la normativa marc actual (Llei 1/2013, General dels drets de les persones amb discapacitat i la seva inclusió social), suposa, encara, donar un impuls més fort a nous models de servei perquè les organitzacions proveïdores (públiques o privades) evolucionin cap a organitzacions connectades amb la comunitat, com agències d'inclusió més que com centres especialitzats. El centre, així, passa a tenir menys importància en relació als suports en l'entorn de les persones, generant connexions i transferint la responsabilitat i el coneixement per generalitzar aquest suports de forma natural. Això és el que succeeix, per exemple, amb els serveis de treball amb suport per promoure el treball en l'empresa ordinària, promogut pel Consell de Mallorca i entitats socials de Mallorca des de 1992. O del suport a la vida autònoma en el propi habitatge. O als serveis de promoció de l'autonomia per a persones amb discapacitat física, sensorial o per diagnòstic de salut mental. Està canviant la forma d'estructurar els serveis des d'un model proteccionista cap a un d'inclusió, i el sistema regulador dels serveis a Mallorca ha de respondre a aquest canvis per generar un marc normatiu que miri cap al futur.

6. Un nou contexte

A Mallorca, el 90% dels serveis socials a persones amb discapacitat són prestats per entitats socials des de fa més de 40 o 50 anys. L'IMAS, com a administració pública responsable d'aquests serveis, ha de jugar un paper garantista i, a la vegada, renovador de la normativa existent perquè els esmentats canvis cap a l'actual model d'atenció a les persones amb discapacitat els puguin fer efectius les entitats prestadores dels serveis i arribin a totes les persones, incorporant les noves necessitats que fins ara no tenien una resposta adequada.

Per això, l'any 2016 s'ha redefinit el marc normatiu dels serveis mitjançant l'elaboració d'un **Reglament pel qual es regulen els requisits d'autorització i acreditació dels serveis socials per a persones amb discapacitat i es desenvolupa la cartera de serveis**⁶. Aquesta normativa constitueix una iniciativa innovadora per desenvolupar els nous models de servei i fixar els requisits d'acreditació perquè es puguin concertar els serveis d'acord amb la Directiva europea sobre concertació social (2014/24/UE). A més, incorpora els principis de l'adaptació normativa a la Convenció internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat (Llei 26/2011), de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social (RDL 1/2013) i de la Llei 4/2009 de serveis socials de les Illes Balears. L'esmentat reglament, se centra en 4 línies estratègiques: **valor, flexibilitat, simplicitat i exigència**.

Figura 1 | *Línies clau i instruments del reglament de discapacitat de l'IMAS*



Font: Elaboració pròpia

6.1. Definir el valor per a les persones

Entenem el valor com la proposta que fa el servei per donar una atenció centrada en cada persona amb discapacitat, és a dir, en la millora de la seva vida i en la resposta que dona a les seves necessitats i preferències. Per això, hem definit cinc principis rectors, comuns a qualsevol servei, que es desenvolupen cadascun en set mesures sobre les que s'han d'evidenciar les actuacions i recursos posats a disposició de les persones.

⁶ Projecte aprovat en Ple del Consell (juliol, 2016)

6.1.1. Servei centrat en la persona

- Adaptar el servei a la persona i no a la inversa
- Un professional referent per a cada persona que coordini les necessitats individuals, el pla d'atenció personal i la comunicació amb els familiars.
- Avaluar les necessitats i preferències de cada persona i integrar-les al seu pla d'atenció i en les activitats de la vida diària.
- Un pla d'atenció personal adaptat a cada persona.
- Oferir alternatives per escollir (horaris, menjar, entorns, activitats,...).
- Seguiment periòdic dels resultats. Fer seguiment dels resultats aconseguits i fer ajustaments per millorar la situació de la persona.
- Avaluació de la satisfacció. Avaluar els principals atributs de l'atenció rebuda.

6.1.2. Benestar

- Benestar físic i emocional, com objectiu essencial per millorar la qualitat de vida.
- Vida saludable i seguretat. Afavorir condicions i hàbits de vida saludable i un baix nivell d'estrès.
- Tracte càlid i empàtic a totes les persones.
- Suports positius i preventius. Prevenir conflictes i dificultats conductuals mitjançant la prevenció i el clima positiu.
- Entorns càlids i accessibles. Sense barreres, confortables i personals.
- Anticipar la informació sobre els esdeveniments i l'entorn perquè la persona estigui connectada amb l'entorn i pugui anticipar, participar i decidir.
- Tractaments de salut equilibrats, actualitzats i que aportin més beneficis que efectes no desitjats.

6.1.3. Autonomia

- Identificar i reforçar capacitats per superar les limitacions i barreres.
- Activitats funcionals, útils per afavorir l'autonomia i una vida normalitzada.

- **Accessibilitat universal.** Entesa com l'accés als béns, productes i serveis, informació i comunicació, entorns i activitats. Identificar i disminuir qualsevol tipus de barreres.
- **Adaptacions tecnològiques.** Ús de la tecnologia per eliminar barreres, especialment en la mobilitat i en la comunicació.
- **Itinerari sociolaboral i vida independent,** afavorint les possibilitats per al desenvolupament vital.
- **Suport en administració de l'economia personal i les pertinences** per prevenir la sobreprotecció o la pèrdua de llibertat en aquest aspecte.
- **Noves oportunitats i possibilitats.** Generar oportunitats de viure experiències desitjades i d'experimentar-ne de noves.

6.1.4. Drets

- **Garantir la protecció dels drets,** com el dret a la intimitat, a decidir sobre un mateix, a ser respectat i qualsevol altre dret humà i ciutadà.
- **Programes d'exercici dels drets** per fomentar l'ús, especialment de les persones amb més limitacions.
- **Ús digne de la imatge personal.** Tant de la imatge de cada persona com de la imatge social sobre el col·lectiu.
- **Programes de reducció de la vulnerabilitat,** especialment en les persones més vulnerables o en risc d'abusos.
- **Revisar la integritat ètica de les actuacions.** Revisar l'adequació ètica de les situacions personals i les actuacions professionals o d'altres persones de l'entorn.
- **Equips d'autogestors i d'ètica.** Promoure equips de participació i defensa dels drets formats per les pròpies persones.
- **Treballar amb tota la comunitat.** Tota la comunitat està implicada i, per tant, s'ha d'incorporar a totes les actuacions.

6.1.5. Inclusió

- **Treballar en entorns comunitaris.** Activitats normalitzades i dins la comunitat.
- **Facilitar relacions normalitzades amb persones no proveïdores de suport,** afavorint els vincles positius i significatius.

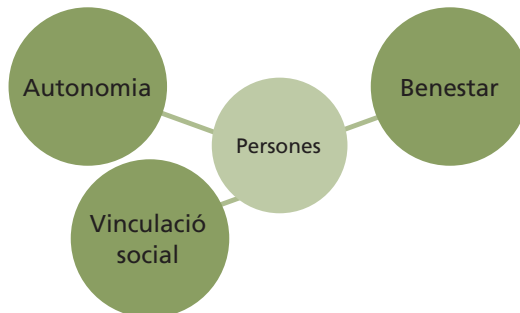
- Gestió de xarxes naturals de suport. Promoure els suports naturals per part de companys, veïns, amics i altres persones de l'entorn de la persona amb discapacitat.
- Ús dels recursos ordinaris. Connexió amb els recursos de la comunitat i ús dels mateixos serveis que la resta.
- Participació activa en la comunitat. En xarxes de suport, agrupacions, activitats educatives, culturals i d'oci, esportives, musicals, de barri, ... així com en els fòrums de participació.
- Tecnologies que facilitin la inclusió. Incloses les xarxes socials, comunitats digitals i altres.
- Prevenir i corregir l'aïllament social. Donar suport perquè es donin oportunitats de generar i mantenir vincles.

6.2. Simplificar l'esquema de suports i prestacions

El reglament ha definit un esquema de prestacions comú per a tots els serveis.

Aquest esquema neix del concepte de felicitat que el filòsof José Antonio Marina explica en el seu projecte "Ciudades con Talento". Segons Marina, *"el concepto de felicidad no es tan vago como parece. Es la armoniosa satisfacción de nuestros tres grandes deseos: el bienestar, la vinculación social y el aumento de posibilidades. Somos felices si vivimos bien, si mantenemos unas relaciones afectivas cordiales y si nos sentimos capaces de progresar."* Aquest tres conceptes: el benestar, la vinculació social i l'augment de possibilitats (o autonomia) són els que fem girar entorn de la persona per definir els objectius essencials de l'atenció i els suports.

Figura 2 | *Tres eixos del model de serveis per a persones amb discapacitat de l'IMAS*



Font: Adaptat de José Antonio Marina, (2015)

Des d'aquesta base organitzem les sis àrees de suport desenvolupades a l'Escala d'Intensitat de Suports (SIS), elaborada per la AAID⁷, i que és avui en dia l'estàndard de referència per establir les ajudes i el seu grau que necessiten les persones amb discapacitats del desenvolupament. A les àrees de suport de la SIS (vida a la llar, vida a la comunitat, aprenentatge al llarg de la vida, ocupació, salut i seguretat, i activitats socials), hi hem afegit protecció i defensa i família.

Més enllà de l'ús que es pugui donar a aquesta escala, l'esquema de suports és totalment aplicable a qualsevol tipus de discapacitat.

El Reglament inclou per als serveis socials a persones amb discapacitat de Mallorca, 16 tipus de prestacions d'atenció especialitzada agrupades en aquestes vuit àrees de suport i els tres eixos essencials. El Reglament estableix el contingut mínim de cadascuna d'aquestes prestacions.

A cada servei de la cartera de serveis es determina quines prestacions inclou d'acord amb la naturalesa del servei i el tipus i perfil de necessitats de les persones a les que es dirigeix. Això és una forma de simplificar i unificar l'estructura i el llenguatge de les prestacions dels serveis socials, donant-li coherència. A partir d'això, cada servei s'ha d'adequar a les necessitats de cada persona.

Taula 2 | *Model de suports i prestacions de la cartera de serveis de l'IMAS*

Eixos	Àrees de suport	Prestacions i programes
Autonomia	Vida a la llar	Activitats de la vida diària
		Suport a l'accessibilitat
	Aprenentatge per a la vida	Habilitats d'autodirecció
	Ocupació	Orientació i formació
Ocupació i treball		
Benestar	Salut i seguretat	Atenció a la salut
		Atenció psicològica
		Estimulació cognitiva
		Fisioteràpia
		Activitats de benestar
	Protecció i defensa	Atenció social
Vinculació social	Activitats socials	Comunicació
		Habilitats socials
	Vida en la comunitat	Vida a la comunitat
		Vincles
	Família	Atenció a famílies

Font: Elaboració pròpia

⁷ American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

6.3. Flexibilitzar la cartera de serveis

La flexibilitat és una qualitat imprescindible perquè el sistema de serveis afavoreixi que cada persona desenvolupi el seu itinerari vital amb els suports adequats a cada necessitat, preferències i moment vital. Es tracta d'evitar estructures de serveis rígides on la persona hagi de romandre de forma estàtica. L'instrument per desenvolupar aquesta flexibilitat és una cartera de serveis que permet el trànsit entre uns serveis i altres, així com adaptar horaris, tipus d'activitats i lloc on es desenvolupen les prestacions d'acord amb cada persona i situació. La cartera de serveis per a persones amb discapacitat de l'IMAS es compon de quatre tipus de serveis: serveis tècnics, serveis de promoció de l'autonomia, serveis d'estades diürnes i serveis residencials i de suport a l'habitatge.

Taula 3 | *Cartera de serveis per a persones amb discapacitat de l'IMAS*

Tipus de serveis	Serveis
<p>Serveis tècnics</p> <p><i>Es presten directament des de l'IMAS en col·laboració amb les entitats de serveis especialitzats per a les persones amb discapacitat.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servei de valoració, orientació i seguiment. • Servei de promoció dels drets i atenció a víctimes amb discapacitat. • Servei de suport a l'accessibilitat. • Servei d'interprets de llengua de signes.
<p>Serveis de promoció de l'autonomia</p> <p><i>Es presten per aconseguir el màxim nivell d'autonomia en la vida diària i en l'entorn habitual de la persona. No impliquen necessàriament que s'hagi d'acudir diàriament a un centre per rebre el servei, encara que sí poden incloure prestacions que requereixen d'un centre especialitzat.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servei d'atenció primerenca. • Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional. • Servei d'atenció integral i promoció de l'autonomia. • Servei d'habilitació i teràpia ocupacional. • Servei d'assistència personal. • Servei de funció tutelar.
<p>Serveis d'estades diürnes</p> <p><i>Es presten a un centre durant unes hores diàries en horari diürn, de dilluns a divendres i es dirigeixen a persones a partir dels 16 anys amb diversos tipus de discapacitat. Es poden prestar adaptant l'horari a les necessitats de la persona.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servei de centre de dia. • Servei ocupacional. • Servei sociocultural i d'oci.
<p>Serveis residencials i de suport a l'habitatge</p> <p><i>Es presten fora de l'horari laboral o educatiu, a la llar i en l'entorn de la comunitat, tant a persones que viuen en el seu propi habitatge com a persones que viuen en un domicili funcional. Es dirigeixen a persones amb discapacitat física, intel·lectual i del desenvolupament o per diagnòstic de salut mental.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servei de residència. • Servei d'habitatge supervisat. • Servei de suport a l'habitatge.

Font: Elaboració pròpia

6.4. Requisits per a l'acreditació

L'acreditació és el reconeixement de la confiança que atorga l'Administració Pública als serveis socials per a persones amb discapacitat de Mallorca perquè puguin formar part de la Xarxa Pública de Serveis Socials per a persones amb discapacitat de Mallorca. Implica un nivell superior a l'exigit per a l'autorització, requerida a qualsevol entitat per prestar el servei de forma privada. Es requereix complir criteris en quatre aspectes: qualitat del model d'atenció, sistema de gestió dels drets, qualitat de la gestió, sostenibilitat econòmica i qualitat de l'ocupació. En els següents punts es descriuen els requeriments.

Taula 4 | *Requisits per a l'acreditació dels serveis per a persones amb discapacitat de l'IMAS*

Àrea	Requisits per a l'acreditació
Qualitat d'atenció <i>Protocols i sistemes de registre.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoració i acollida. • Atenció personal. • Salut i seguretat. • Protocols de prestació del servei. • Mesura de la satisfacció.
Gestió dels drets <i>Sistemes de participació, vigilància dels drets i prevenció de la vulneració.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Comitè d'ètica. Participat per familiars, professionals i persones usuàries dels serveis per arbitrar les qüestions que afecten els drets de les persones i familiars, així com fer seguiment de les queixes i incidències. • Sistemes de detecció i prevenció de la vulneració dels drets. Formació sobre drets. Projectes de millora de la implantació dels drets. Campanyes de comunicació o aliances amb la comunitat, entre d'altres. • Sistema de participació de les persones usuàries. Instruments i equips de participació. Sistemes de consulta periòdica a les famílies sobre les opinions i les necessitats.
Sistema de gestió <i>Sistemes d'avaluació externa i de gestió d'indicadors.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat de qualitat vigent emès per un organisme oficial. • Compliment legal. Auditoria de compliment de la Llei orgànica de protecció de dades de caràcter personal. • Gestió d'indicadors de resultat. Panell d'indicadors i d'objectius que, com a mínim, ha d'incloure determinats indicadors referits a les persones usuàries, les famílies i els treballadors, així com objectius de resultat per als indicadors.
Sostenibilitat E-F <i>Instrumentes de planificació i control.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pressupost d'ingressos i despeses o pla financer • Balanç de situació, compte de resultats i memòria del darrer any. • Informe d'auditoria oficial de comptes.
Ocupació <i>Estàndars de compliment.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Almenys el 70% de contractació indefinida en els serveis amb dos o més anys de funcionament i el 50% en els que tinguin menys de dos anys. • Informe d'execució del pla de formació contínua i compliment del conveni de referència quant a hores de formació per treballador. • Auditoria de riscos laborals.

Font: Elaboració pròpia

7. Futur

Queda molt per fer i aconseguir. Coses que van molt més enllà de millorar els serveis i de pràctiques més inclusives o més comunitàries... No és suficient. Estem encara en el moment de proveir respostes a les persones, però en el futur haurem de treballar per a tota la comunitat des de la comunitat. Perquè la inclusió no és una eina per a la discapacitat. És un valor imprescindible per una societat sostenible.

La legislació tindrà la funció d'acordar i preservar els irrenunciables entre tota la societat. A nivell de serveis socials s'han de promoure normatives de llarg recorregut i ampli consens, fonamentades en valors i promoguent a la vegada cohesió, pluralitat, ciutadania i aprenentatge per donar noves respostes als nous problemes socials.

Els serveis seran agències de suports per a qualsevol aspecte de la vida. La tasca principal serà fer i gestionar connexions. Agències integrals per connectar treball, habitatge, lleure, vincles..., oportunitats de qualsevol tipus a l'itinerari vital. Els serveis no es dedicaran tant a aplicar programes ni a àmbits excloents, sinó a aflorar oportunitats que ja existeixen. Els professionals de suport seran una espècie de *community managers* i de *community educators*. Aquestes actuacions ja existeixen, però a un futur no molt llunyà siran una pràctica generalitzada.

Es desitjable també que es parli cada vegada menys dels drets, i que sigui símptoma d'un reconeixement tàcit de la igualtat d'oportunitats per part de tota la ciutadania.

Respecte a mirades, esperem que desde ja es miri a cada persona.

Referències bibliogràfiques

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears

AAIDD. (2010). *Discapacidad Intelectual: Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo*. Madrid: Alianza.

Duffy, S. (2011) *A fair society and the limits of personalisation*. The Centre for Welfare Reform. <http://www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/261/a-fair-society-and-the-limits-of-personalisation.pdf>

Huete, M.A. (2014). Gasto público de las administraciones públicas en materia de discapacidad en España. Observatorio Estatal de la Discapacidad. <http://www.observatoriodeladiscapacidad.info>

Ibáñez, A., Verdugo, M. A. y Arias, B. (2007). Evaluación de las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual: Escala de Intensidad de Apoyos (SIS). *Integra*, 10 (26), 4-5.

Marina, J.A. (2015). http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/educacion/2015-05-12/ciudades-con-talento-jose-antonio-marina_792367/

Miranda, J. (2016). *La accesibilidad universal y su gestión como elementos imprescindibles para el ejercicio de los derechos fundamentales*. Ediciones cinca. Colección Convención ONU. Nº 16.

Organización de las Naciones Unidas, ONU. (2006) *Convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad*. Resolución aprobada por la Asamblea General de la ONU. <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

O'Brien, J. i O'brien, L. (1994) *Assistance With Integrity. The Search For Accountability And The Lives of People With Developmental Disabilities*. Wisconsin Developmental Disabilities Council.

O'Brien, J. (2006). "...to interact with non-disabled personas to de fullest extent possible.". *Perspectives On "Most Integrated" Services for People with Developmental Disabilities*. Responsive Systems Associates. Lithonia, Georgia.

O'Brien, J. (2011). Five basic tasks. Inclusion Press. <http://www.inclusion.com/inclusionpress.html>

O'Brien, J. Actions that build community (2012). Version 2.0. Inclusion Press. <http://inclusion.com/downloads/actionsthatbuildcommunity.pdf>

Towell, D. (2015). Ciudades para todos. Creando un mejor futuro a través de alianzas cívicas. Centre for Inclusive Futures. <http://www.centreforwelfareform.org/uploads/attachment/460/ciudades-para-todos.pdf>

Thompson, J. R. et al., (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135- 146.

Autor

JOSÉ MANUEL PORTALO PRADA

Madrid. Llicenciat en Psicologia (UIB). Psicòleg general sanitari acreditat. Soci director, psicòleg i formador a SCA i Zweig (1989-2011 / 2008-2011). La seva experiència professional s'ha centrat principalment en les organitzacions, serveis socials i discapacitat: Consorci Aprop (1992-1997), UNAC (1999-2001), Amadip Esmert, (1988-1992 / 2001-2015), IMAS (2010-2011 / 2015-act.). Ha desenvolupat funcions de direcció tècnica / qualitat / I+D. Xarxes (2003-2015): coordinador de la xarxa de qualitat de FEAPS Illes Balears. Membre de la xarxa de qualitat estatal (2003-2015). Col·laborador en el sistema estatal de qualitat FEAPS. Coordinador del grup estatal d'excel·lència FOCA. Avaluador sènior EFQM. Redactor de memòria EFQM 500+. Ponent i formador a més de 60 jornades i seminaris. Autor de 4 publicacions i redactor de 17 bones pràctiques premiades a nivell estatal. En l'actualitat és el director insular de Persones amb Discapacitat a l'IMAS (Consell de Mallorca).

DETERORACIÓ COGNITIVA LLEU

Deteroració cognitiva lleu

Maria Valero de Vicente

Resum

Un nou concepte està revolucionant el camp de la recerca sobre l'envelliment saludable i els processos neurodegeneratius. En els últims 20 anys, la Deterioració Cognitiva Lleu (DCL) s'ha convertit en un element clau de les estratègies de prevenció, i ha suposat una línia d'esperança per al tractament d'alguns processos neurodegeneratius. La majoria dels estudis actuals sobre DCL versen sobre la seva definició i conceptualització, la seva relació amb altres patologies, les implicacions en l'avaluació, el diagnòstic i el tractament. Qüestions totes elles abordades des d'una perspectiva multidisciplinària.

Malgrat tota la recerca, cada estudi llança noves vies potencials d'estudi, com per exemple la relació entre DCL i estils de vida saludable o les relacions socials. Per aquest motiu els investigadors centren els seus esforços en una entitat que sembla que és un punt important i que permet engregar actuacions per detenir i mantenir el declivi de les capacitats funcionals i cognitives.

La seva conceptualització no està exempta de crítiques i discrepàncies sobre com caracteritzar-la o quines són les repercussions clíniques. Per tant, abans de definir concretament què és la DCL, presentarem una revisió científica entorn dels seus orígens i primeres nocions, i conforme avanci aquest capítol anirem aportant llum sobre les últimes troballes en relació amb el diagnòstic, la prevenció i el tractament.

Resumen

Un nuevo concepto está revolucionando el campo de la investigación sobre el envejecimiento saludable y los procesos neurodegenerativos. En los últimos 20 años, el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se ha convertido en un elemento clave de las estrategias de prevención y ha supuesto una línea de esperanza para el tratamiento de algunos procesos neurodegenerativos. La mayoría de los estudios actuales sobre DCL versan sobre su definición y conceptualización, su relación con otras patologías, las implicaciones en la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento. Cuestiones todas ellas abordadas desde una perspectiva multidisciplinar.

A pesar de toda la investigación, cada estudio arroja nuevas vías potenciales de estudio, como por ejemplo la relación entre DCL y estilos de vida saludable o las relaciones sociales. Por este motivo los investigadores centran sus esfuerzos en una entidad que parece ser un punto importante que permita poner en marcha actuaciones para detener y mantener el declive de las capacidades funcionales y cognitivas.

Su conceptualización no está exenta de críticas y discrepancias acerca de como caracterizarlo o cuáles son sus repercusiones clínicas. Por tanto, antes de definir concretamente que es

el DCL, presentarem una revisió científica en torno a sus orígenes y primeras nociones, y conforme avance este capítulo iremos arrojando luz sobre los últimos hallazgos en relación con el diagnóstico, la prevención y el tratamiento.

1. Introducció: Què és la deterioració cognitiva lleu?

El concepte de DCL té els seus orígens en la descripció conductual dels processos d'envelliment patològic o demencial i les diferències en relació amb l'envelliment normal o associat a l'edat, que en el seu moment van realitzar autors com Prichard, Kral o Crook (Reisberg et al. 2008). Aquests autors en les seves recerques van intentar caracteritzar el procés de deterioració normal i el patològic, tot suposant que hi havia d'haver un estat intermedi entre la vellesa saludable i la demència senil.

Entorn de la idea de deterioració associada a l'edat, sorgeix la proposta de Kral (1962) sobre oblit benignes i oblit malignes en la vellesa. Va considerar que els oblit benignes associats a l'edat afecten la capacitat per recordar informació de poca importància, mentre que els oblit malignes afecten continguts de la memòria que poden arribar a produir desorientació i confabulació.

Fins al moment havia quedat clar que era necessari diferenciar entre la deterioració normal associada a l'edat i la deterioració patològica que es presentava com el preludi de processos clarament problemàtics. És per això que, el 1980, la tercera edició del *Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-III, American Psychiatric Association, 1980)* comença a descriure la síndrome denominada demència degenerativa primària associada a l'EA. Definia una entitat d'inici insidiós i de curs progressiu, en la qual la deterioració de la memòria podia ser l'únic dèficit cognitiu evident en un primer moment, encara que més tard es desenvoluparia l'EA i els dèficits serien de múltiples dominis. Aquest terme seria utilitzat per denominar l'estat preclínic de l'EA, per la qual cosa aquesta no seria exactament la definició del que avui dia s'entén per DCL.

El 1982, es van desenvolupar dues eines diagnòstiques que van marcar un abans i un després a l'hora d'identificar l'estat de deterioració progressiva associat a un procés demencial: la Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes, Berg, Danzinger, Coben i Martin (1982) i la Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg, Ferris, de Leon i Crook (1982). Ambdues escales van ser dissenyades per avaluar la deterioració cognitiva i detectar una fase intermèdia entre la normalitat i els processos demencials. Més tard, l'estudi de Reisberg, Schneck, Ferris, Schwartz i de Leon (1983) identificà aquest suposat estat preclínic amb el nom de Mild Cognitive Impairment (MCI o DCL en anglès). La idea de fons d'aquests autors era que la hipotètica DCL era un estat intermedi que necessàriament reflectia un pas previ

del desenvolupament d'un procés demencial, però com veurem més endavant la DCL no té perquè antecedir un procés patològic.

1.1. Definició

Al llarg de la seva curta història com a concepte, i malgrat les discrepàncies quant a la definició, la DCL ha estat descrita àmpliament i majoritàriament com un estat clínic que té lloc entre la salut cognitiva i la demència (Van Der Mussele et al. 2013; Singh et al. 2014). Encara que pugui evidenciar-se deterioració important de les funcions cognitives, bé d'un domini (Petersen et al. 1999) (memòria), o bé d'alguns (llenguatge, atenció, etc.) (Graham et al. 1996), per ella mateixa la DCL no suposa una interferència significativa en les activitats de la vida diària (Rondanelli et al. 2012; Knopman i Petersen, 2014). Actualment, és considerada una manifestació patològica (Petersen, 2004ab; Van Der Mussele et al. 2013), encara que no necessàriament un estat previ a la demència o un simple problema de memòria associat a l'edat. No existeix consens respecte a quin és el grau d'interferència en les activitats de la vida diària, però sí està acceptat el fet que la deterioració no és prou important com per complir amb els criteris de demència (DSM IV-TR, 2004).

Una de les definicions més acceptades per la comunitat científica és la de Petersen et al. (1999) centrada en els dèficits de la memòria. Encara que posteriorment el mateix autor, després de diversos estudis, arribà a la conclusió que hi ha alteracions en altres dominis cognitius i va establir diferents subtipus de DCL (Petersen, 2004b; Petersen et al. 2004c). Els criteris que va proposar inicialment (taula 1) es van redactar a partir de les observacions d'un grup de persones que presentaven una alteració simptomàtica i progressiva de les seves capacitats mnèsiques, i que, a més, eren sospitoses de desenvolupar EA en el futur. Com a resultat, i sobre la base d'aquests criteris, van obtenir que al voltant d'un 12% de les persones van desenvolupar demència en un any. Aquesta xifra es va incrementar fins al 80% quan es va avaluar el seguiment sis anys després.

Taula 1 | *Criteris per a l'avaluació i el diagnòstic de DCL.*

a) Queixes de memòria, preferentment corroborades per un informant extern.
b) Deterioració objectiva de la memòria mesurada a través de proves neuropsicològiques d'acord amb l'esperat per a la seva edat i el seu nivell educatiu.
c) Funcionament cognitiu general normal.
d) Activitats de la vida diària normals.
e) No es compleixen els criteris per al diagnòstic d'una demència.

En paral·lel al desenvolupament de la concepció de DCL, com a alteració d'un únic domini cognitiu, s'anà desenvolupant la idea de DCL amb afectació d'altres capacitats cognitives. Es va proposar que la DCL és independent del procés demencial i que pot afectar totes les funcions cognitives, des de la memòria, el llenguatge, les capacitats visuoespacials i atencionals, sempre que no compleixi criteris de diagnòstic de demència. Es tracta, doncs, d'una concepció més extensa que inclouria deterioració associada a patologies que poden acabar, o no, progressant a demència (Graham et al. 1997). Aquesta idea consolida la definició de DCL com una entitat independent de la demència (Lee, Ritchie, Yaffe, Cenzer i Baners, 2014; Klekociuk, Summers, Vickers i Summers, 2014; Rondanelli et al. 2012).

Des d'aquesta perspectiva, es produeix la transformació de la definició inicial de la DCL com una alteració única de la memòria, a la distinció que almenys existeixen tres tipus diferents (Petersen et al. 2004bc; Migliacci, Scharovsky i Gonorazky et al. 2009). La DCL amnèsica (DCL-amnèsica), la DCL de múltiples dominis (DCL-mult) i la DCL no amnèsica d'un únic domini o monodomini (DCL-mnoa). A la taula 2, es mostra el model que s'ha creat al voltant dels diferents patrons cognitius alterats i la seva relació amb l'evolució de l'etiologia/etiopatogènia subjacent (López et al. 2005; Migliacci et al. 2009). Per exemple (seguint l'exposat a la taula 2), trobem que davant un patró de DCL-amnèsica és més probable que estiguem davant un estat pròdrom de l'EA. Al seu torn, el subtipus de DCL-mult amb el seu component amnèsic té una alta probabilitat de progressar cap a una EA. La DCL que presenta un component amnèsic, ja sigui com a únic domini o com a part de l'alteració conjunta de diversos dominis, també pot indicar que s'és davant una alteració psiquiàtrica, com és la depressió (Rosselli i Ardila, 2012). D'altra banda, la resta de subtipus que no presenten alteracions de la memòria té més probabilitat de desenvolupar altres demències, com la demència frontotemporal o demència amb cossos de Lewy. Analitzar la relació dels diferents subtipus clínics i l'etiologia és de gran utilitat per a la predicció i el diagnòstic precoç dels processos demencials (Hughes, Flatt, Fu, Chang i Ganguli, 2013; Knopman et al. 2014; Martínez-Torteya, Treviño i Tamez-Peña, 2015).

Taula 2 | *Diferenciació dels subtipus clínics de DCL i relació amb la possible base etiològica de la manifestació*

Classificació clínica		Etiologia		
		Neurodegeneració	Vascular	Psiquiàtrica
DCL amnèsico		EA		Depressió
DCL múltiples dominis	+Amn	EA	DV ¹	Depressió
	-Amn	DLB ²	DV	
DCL solament un domini (no amnèsico; Llenguatge, atenció, funcions executives o visuoespaciales)		DLB FTP ³		

Font modificat de Petersen, (2004b)

¹. Demència d'origen vascular

². Demència per Cuerpos de Lewy

³. Demència Frontotemporal

2. DCL com a factor de risc per a la demència

L'envelliment poblacional que sofreix el món occidental suposa tot un repte per als governs i les seves polítiques sobre envelliment que tenen com a objectiu evitar les situacions de dependència. Sabem que la prevalença de la demència augmenta conforme ho fa l'edat de la població (Ventura, 2012). Segons informes de l'Organització Mundial de la Salut «el 2011, es va calcular que, a nivell mundial, 35.600 milions de persones vivien amb demència i diversos estudis epidemiològics indiquen que s'espera que aquest nombre augmenti de manera alarmant. S'estima que la xifra gairebé es duplicarà cada 20 anys, 65.7 milions en 2030 i 115.4 milions en 2050» (OMS, 2013: 17).

No és una tasca fàcil fer una estimació correcta d'incidència i prevalença en la població, malgrat que és un element clau a l'hora de planificar i coordinar els recursos socio-sanitaris. Els paràmetres poblacionals s'estudien en funció de l'edat, el sexe, l'ètnia, l'àrea geogràfica i el nivell cultural, tot i que hi ha una gran variabilitat a causa, principalment, de la diferència de criteris i dels mètodes de recollida d'informació. Les dades mundials assenyalen que entre un 60-80% dels casos de demència es deuen a EA, un 10% són d'origen vascular i un 15% són mixtes (EA i demència vascular). El 20% es deu a la malaltia amb cossos de Lewy, l'1% és demència frontotemporal i tan sols el 4% de les demències es deu a altres causes (Jellinger i Attems, 2010; Kalaria et al. 2008; Bermejo-Pareja, Benito-León, Vega, Medrano i Román, 2008).

El 2008, la incidència de demència a Espanya augmentava per any de 10 a 15 persones de cada 1.000, a partir dels 65 anys d'edat (Bermejo-Pareja et al. 2008). Altres estudis més recents han estimat la prevalença de la demència pel consum de fàrmacs prescrits, que és d'un 5,91% entre els més grans de 65 anys. Aquesta dada és més elevada en dones (7,16%) que en homes (4%) (Hoyos-Alonso, Bonis, Tapias-Merino, Castell i Otero, 2016). Segons dades de l'INE, el 2013 les malalties del sistema nerviós, entre les quals s'inclou l'EA van ser la quarta causa de mortalitat, un 5,5% de les morts. Per demència (s'hi inclou la demència vascular i altres tipus de demència senil) van morir 16.305 persones i d'EA 12.775, de manera que són la cinquena i la setena causa de mortalitat i en ambdós casos la mortalitat femenina és superior a la masculina (Institut Nacional d'Estadística, 2015).

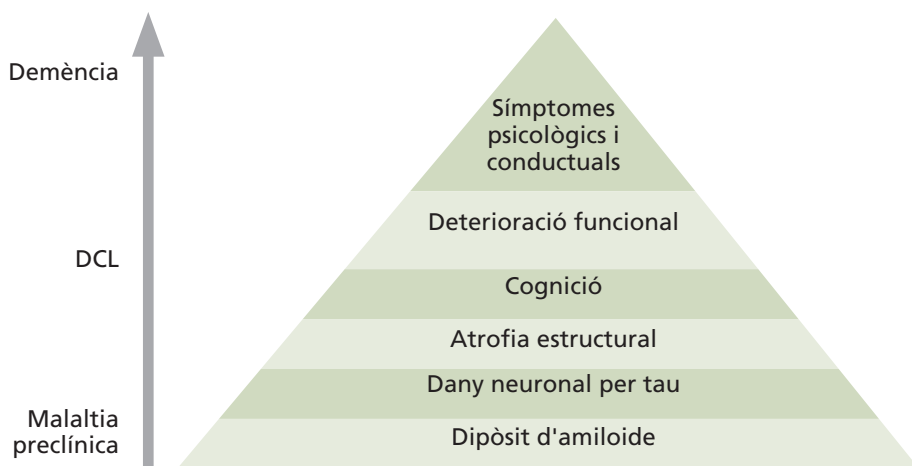
Després de diversos anys de recerca, arriba un moment en el qual sistemàticament els estudis han trobat que la DCL augmenta el risc de desenvolupar demència, concretament EA (Singh et al. 2014; Yanhong, Chandra i Venkatesh, 2013; Rondanelli et al. 2012). Les persones que compleixen els criteris de DCL desenvolupen en major mesura malalties com l'EA, encara que hi ha excepcions. Existeixen evidències que bona part de les persones que han estat diagnosticades de DCL no desenvolupen EA o fins i tot poden revertir el procés de deterioració (Lee et al. 2014). És a dir, una proporció important de casos considerats com DCL, finalment, amb el pas del temps, o l'adequat tractament de la seva etiologia,

tornen al seu funcionament normal (Klekociuk et al. 2014). Malgrat aquest fet, cal seguir donant la importància que es mereix la DCL, ja que més de la meitat dels casos progressa a EA en un període de cinc anys (Geda i Nedelska, 2012), fins a arribar a considerar que l'EA és la causa més comuna de DCL (Knopman et al. 2014).

2.1. Prevenció

Els avenços en l'estudi de DCL es deuen principalment a l'esforç cada vegada superior de prevenir i retardar el desenvolupament de la deterioració cognitiva i funcional (Julom, 2013; Hughes et al. 2013). La prevenció és una tasca difícil, si tenim en compte que, per exemple, en el cas de l'EA, les lesions neuronals poden començar fins algunes dècades abans que apareguin els primers signes de la malaltia (Stella, Radanovic, Canineu, de Paula i Forlenza, 2015; Geda et al. 2012). Com podem observar a la figura 1, hi ha una fase preclínica i aparentment asimptomàtica en la qual es produeixen lesions anatomopatològiques que precedeixen al desenvolupament de DCL que acabarà sent EA (López-Álvarez i Agüera-Ortiz, 2015). Tanmateix, com hem vist més amunt, no tots els processos de deterioració cognitiva desemboquen en demència, i aquest estadi intermedi, en el cas que ho sigui, proporciona als professionals de la salut un marge més que ajustat per prevenir l'avanç dels processos patològics (Apostolo et al. 2016). Per aquesta raó, la tasca de prevenció es complica.

Figura 1 | *Progressió de l'EA. Adaptat de López-Álvarez i Agüera-Ortiz (2015)*



En els últims anys, les recerques han tingut per objectiu la prevenció a través de la reducció de factors de risc i l'augment dels factors de protecció en persones amb DCL. Per exemple, s'ha comprovat recentment en una revisió metaanalítica (Singh et al. 2014) que el fet de seguir una dieta mediterrània es relaciona amb un menor risc de presentar DCL i EA. Així mateix, en el cas de patir DCL també es reduïrien les probabilitats que evolucioni a EA. També s'ha estudiat que la diabetis, la síndrome metabòlica i una dieta baixa en àcid fòlic augmenten el risc que la DCL precedeixi a l'EA (Cooper, Sommerlad, Lyketsos i Livingston, 2015). Els resultats d'alguns d'aquests estudis revelen el paper clau que juga el component nutricional a l'hora de retardar el desenvolupament de certes patologies neurodegeneratives (Rondanelli et al. 2012).

Els símptomes neuropsiquiàtrics i psicològics, tals com són l'ansietat i la depressió, també han estat assenyalats com factors de risc per a la deterioració cognitiva (Van de Mussele et al. 2013; Ismail et al. 2016). S'ha observat que el tractament reeixit de la depressió millorava el funcionament cognitiu de persones d'edat avançada amb DCL, així com també el fet de tenir una xarxa de suport social més gran millorava els símptomes depressius en les persones grans amb DCL (Nair, Ayers, Noone, Johnson i Verghese, 2014). Aspectes com la solitud (O'Luanaigh et al. 2012), la participació social (Hughes et al. 2013) i l'estrès psicosocial derivat de les interaccions negatives (Wilson et al. 2015) han estat relacionats en major o menor mesura amb l'augment de DCL, amb el consegüent risc de desenvolupament de demència.

Són necessàries més recerques per enfortir la base d'evidències empíriques que permetin conscienciar els professionals i la població en general de la influència de la dieta i l'estil de vida en la cognició (Neville et al. 2013). Ja que, malgrat que encara no s'ha aclarit en què consisteix exactament la DCL, si és una entitat separada dels processos neurodegeneratius o si, per contra, és un estat preclínic, sí s'ha demostrat que alguns factors de risc són modificables i tenen influència en les condicions cognitives (Apostolo et al. 2016). Sent aquest fet cert, s'obre tot un seguit de possibilitats per millorar les condicions i la qualitat de vida de les persones grans.

2.2. Avaluació i diagnòstic

El repte de la prevenció posa de manifest la necessitat cada vegada major de comptar amb un diagnòstic precoç i diferencial davant els primers signes de la deterioració cognitiva (Knopman et al. 2014). La identificació de les manifestacions preclíniques permet als professionals dur a terme accions preventives i aplicar tractaments específics dirigits a l'origen (Lee et al. 2014; Julom et al. 2013; Hughes et al. 2013). En la majoria dels casos de DCL, serà l'examen clínic i neuropsicològic detallat el que permetrà amb major o menor seguretat conèixer l'etiologia de base i realitzar el diagnòstic (Albert et al. 2011). Si parlem de l'EA, el diagnòstic 100% fiable només és possible post *mortem*

(Johnson et al. 2013; Harper et al. 2016). La pressió per prevenir ha fomentat el nombre de diagnòstics erronis (Klekociuk et al. 2014). En la taula 3 es mostra un esquema resumit de les principals eines diagnòstiques i d'avaluació de DCL i les demències.

Taula 3 | *Tècniques i eines d'avaluació i de diagnòstic*

Tècniques d'avaluació i de diagnòstic
• Entrevista clínica i anàlisi de l'històric clínic
• Valoració objectiva mitjançant proves neuropsicològiques i de l'estat emocional
• Neuroimatge estructural (TAC i IRM)
• Neuroimatge funcional: ús de biomarcadors (LCR i TEP)
• Anàlisis genètiques

Com ja s'ha comentat en un apartat anterior, el fet que algunes patologies neurodegeneratives poden començar molt abans que tinguin lloc els problemes cognitius ha obligat a treballar sobre marcadors primerencs de la malaltia. És el cas dels biomarcadors i les tècniques d'imatge cerebral o neuroimatge, que desenvolupen noves formes de detectar lesions i anomalies neuroanatòmiques que permetin detectar les malalties neurodegeneratives abans que tingui lloc la deterioració o ajudar a realitzar un correcte diagnòstic diferencial (Geda et al. 2012; López-Álvarez et al. 2015; Stella et al. 2015; Cha et al., 2014).

Actualment les tècniques de neuroimatge estructural, com són la tomografia axial computeritzada (TAC) o la imatge per ressonància magnètica (IRM), segueixen sent el principal mètode d'exploració clínica davant els primers símptomes de deterioració. Concretament, la IRM presenta bona resolució espacial i un contrast òptim que permet observar certs marcadors estructurals amb alt valor predictiu (Harper et al. 2016). Un d'aquests marcadors més rellevants és l'atròfia cerebral que es percep a través de la major dilatació dels solcs i l'eixamplament dels ventricles, signes que reflecteixen la pèrdua de massa cerebral.

Recentment, han irromput amb força en el camp diagnòstic els biomarcadors, tals com les anàlisis del líquid cefaloraquídi o la tomografia per emissió de positrons (TEP) amb fàrmacs de contrast per observar la presència d'anomalies histològiques al teixit cerebral (Geda et al. 2012; Johnson et al. 2013). Si bé és cert que aquestes tècniques noves donen molt bons resultats en el camp de la recerca, el seu ús en l'àmbit clínic encara és molt lluny de ser generalitzat (López-Álvarez et al. 2015). Es tracta, doncs, de procediments que tenen un cost elevat, per la qual cosa l'ús es recomana especialment en casos en els quals hi ha dubtes sobre el diagnòstic i després d'haver usat altres proves, o en el camp experimental (Harper et al., 2016). Malgrat obtenir resultats positius, encara queden aspectes que han de millorar-se, com són els nivells d'estandardització i la sensibilitat de la tècnica en les

etapes primerenques. Per tant, les tècniques que utilitzen els biomarcadors no són, o almenys encara no ho són, suficients per realitzar un diagnòstic d'EA. Se suggereix que en alguns casos pot ser necessari aplicar tècniques més costoses com la TEP, en pacients amb DCL de tipus amnèsic o en aquells casos en els quals no ha estat possible descartar-la o confirmar-la mitjançant altres proves (Johnson et al. 2013).

En la literatura científica també es recullen resultats d'algunes recerques sobre genètica, que han assenyalat que certes mutacions suposen un factor de vulnerabilitat per al desenvolupament primerenc de DCL o EA. Les alteracions genètiques que s'han posat en el punt de mira són els gens encarregats de sintetitzar les proteïnes ApoE4, PENS1 i PSEN2 (McKhann et al. 2011).

Una altra part important en l'avaluació és la valoració de les manifestacions psicològiques i conductuals que és possible observar en la DCL. En aquest sentit, la neuropsicologia, que s'encarrega d'analitzar les funcions cognitives a través de les manifestacions conductuals, està desenvolupant potents eines diagnòstiques que permeten la diferenciació entre DCL, EA i un altre tipus de demències. Es tracta, doncs, d'escalas, qüestionaris, proves en les quals es posa a prova l'execució de diferents dominis cognitius. Inclouen proves de memòria, d'atenció, d'habilitats visuoespacials i de funcions executives, com la planificació, la seqüenciació, etc. Aquests instruments estan aconseguint gran especificitat i sensibilitat o, el que és el mateix, són capaços de discriminar entre diferents patologies i cometre un petit percentatge d'error. A més, són més econòmiques i en alguns casos, gràcies a l'estandardització, també resulten més fàcils d'utilitzar i d'interpretar (Beck, Schmid, Berres i Monsch, 2014; Julom et al. 2013; Klekociuk et al. 2014). Quan es parla d'avaluar els aspectes psicològics dels processos de deterioració cognitiva, es fa referència a l'afectivitat i a altres manifestacions com poden ser l'ansietat o la depressió. S'ha observat que darrere la DCL i d'altres processos demencials, es troben alguns símptomes neuropsiquiàtrics com l'ansietat, la depressió, la irritabilitat o la labilitat afectiva (Ismail et al. 2016).

Malgrat el desenvolupament en les tècniques diagnòstiques de neuroimatge i els biomarcadors, els criteris clínics segueixen sent la clau per a un diagnòstic el més ajustat possible (McKhann et al., 2011). Els professionals han de tenir formació específica sobre factors de risc, primers símptomes i eines adequades per fer diagnòstics precoços que permetin actuar ràpidament sobre els processos de deterioració (vegeu taula 3).

2.3. Tractament

La intervenció sobre la deterioració cognitiva en general compta amb dos vessants clarament diferenciats, d'una banda, el tractament farmacològic i, de l'altra, el tractament no farmacològic. En les teràpies farmacològiques, trobem que els efectes sobre la preservació o la millora de les funcions cognitives és limitat (Stella et al., 2015), ja que

tenen efectes en estadis primerencs de deterioració i només en alguns símptomes. Els fàrmacs més utilitzats en aquests moments per al tractament simptomàtic de l'EA són els anticolinèrgics (donepezil, rivastigmina i galantamina) o els antagonistes dels receptors de NMDA (memantina). Tots dos tipus de medicaments tenen efectes molt limitats i pràcticament cap en els estadis moderats o greus de la malaltia. S'ha suggerit que el fet que no tinguin efectes sobre els símptomes es deu al fet que s'administren quan la malaltia ja està molt avançada i no en els estats preclínics, per exemple davant signes de DCL. Les recerques que es duen a terme actualment tenen com a objectiu trobar un fàrmac que modifiqui el procés neurodegeneratiu, però també són necessaris els esforços destinats a millorar la detecció precoç i el coneixement dels mecanismes neuropatològics subjacents.

Entre els tractaments no farmacològics trobem l'estimulació cognitiva, la pràctica d'exercici físic, la intervenció psicosocial i els suplementos nutricionals. Les tasques o els tallers d'estimulació cognitiva han demostrat tenir efectes beneficiosos sobre la memòria, les funcions executives i les habilitats bàsiques per a la vida diària (Ventura, 2012; Rodakowski, Saghafi, Butters i Skidmore, 2015). L'exercici físic també té conseqüències positives en la millora d'algunes capacitats cognitives, especialment en adults grans amb DCL, els quals milloren la seva capacitat de cognició global, a més de la planificació, organització i seqüenciació (Yun i Abrahamson, 2015). Les intervencions de tipus psicosocial han anat encaminades a reduir l'aïllament, la solitud, la falta d'interaccions socials i augmentar la xarxa de suport social de les persones amb DCL, ja que s'ha relacionat amb la disminució de la deterioració en adults amb DCL (Neville et al., 2013; Hughes et al., 2013). Des d'aquesta perspectiva s'ha posat molt interès en la modificació dels estils de vida cap a formes més saludables. En aquest sentit es fa recerca entorn de certs complementos dietètics, com els àcids omega-3, els fosfolípids de soia, la melatonina o el triptòfan (Rondanelli et al., 2012), i altres compostos vegetals com el ginkgo (Yang et al., 2014), que semblen tenir efectes positius sobre els processos cognitius. Però les dades d'aquests estudis han de prendre's amb precaució, ja que asseguren que tenen efectes en la millora de les capacitats cognitives en persones amb DCL, però en cap cas produeixen la recuperació de capacitats perdudes o frenen el desenvolupament de la malaltia.

3. Conclusió

Tant l'envelliment progressiu de la població com l'augment del nombre de trastorns o patologies que porten associada important deterioració funcional i cognitiva ressalten que és necessari augmentar els esforços preventius.

La DCL és un concepte en creixement que necessita més recerca per desentranyar les seves potencialitats en el camp de la prevenció i el seu tractament. Els estudis han confirmat que és un factor de risc o de vulnerabilitat per al desenvolupament de processos

neurodegeneratius, com l'EA, i per tant suposa un punt important per engegar estratègies de prevenció que retardin i impedeixin els processos de declivi cognitiu i funcional. La recerca sobre els factors de protecció també ha d'ocupar un lloc important en els estudis que es realitzin, ja que han demostrat ser un element clau en la prevenció del procés de deterioració.

Malgrat tots els avenços tecnològics per a l'avaluació i el diagnòstic de la DCL, els criteris clínics segueixen sent els més utilitzats i els que millors resultats han aconseguit. No obstant això, la pràctica clínica segueix incorporant noves formes d'avaluació i detecció, que permeten el diagnòstic precoç amb la consegüent engegada dels tractaments més ajustats. Per tant, un dels reptes que suposa el desenvolupament de noves estratègies per a la valoració i el diagnòstic de la DCL portarà associat l'aplicació de tractaments i intervencions adequades a l'origen de la deterioració.

Ens trobem davant una via per explorar dins del camp de l'envelliment, ja que conforme avança l'estudi es mostren més línies de recerca. La intervenció preventiva seguirà treballant per descobrir els factors de risc i protecció associats a la deterioració cognitiva, amb la intenció de millorar la qualitat de vida de les persones grans. Segurament en els propers anys serem testimonis de l'evolució dels processos d'avaluació, diagnòstic i tractament en la pràctica clínica, que permetin donar resposta a molts dels interrogants que tenim avui dia.

Referències bibliogràfiques

Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C. i Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to alzheimer's disease: Recommendations from the national institute on aging-alzheimer's association workgroups on diagnostic guidelines for alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*, 7(3), 270-279.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3a ed. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (2002) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4a ed. rev. Barcelona: Masson.

Apostolo, J., Holland, C., O'Connell, M. D., Feeney, J., Tabares-Seisdedos, R., Tadros, G. i O'Connell, M. L. (2016). Mild cognitive decline. A position statement of the Cognitive Decline Group of the European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing (EIPAAH). *Maturitas*, 8383-93.

Beck, I. R.; Schmid, N. S., Berres, M. i Monsch, A. U. (2014). Establishing robust cognitive dimensions for characterization and differentiation of patients with Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, frontotemporal dementia and depression. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 624-634.

Bermejo-Pareja, F., Benito-León, J., Vega, S., Medrano, M. J. i Román, G. C. (2008). Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain. *Journal of Neurology Science*, 264(1-2), 63-72.

Cha, J., Hwang, J., Jo, H. J., Seo, S. W., Na, D. L. i Lee, J. (2015). Assessment of Functional Characteristics of Amnesic Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease Using Various Methods of Resting-State fMRI Analysis. *Biomed Research International*, 1-12.

Cooper, C., Sommerlad, A., Lyketsos, C. G. i Livingston, G. (2015). Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal Of Psychiatry*, 172(4), 323-334.

Geda, Y. E. i Nedelska, Z. (2012). Mild cognitive impairment: A subset of minor neurocognitive disorder?. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 821-826.

- Graham, J., Rockwood, K., Beattie, L., Eastwood, R., Gauthier, S. i Tuokko, H. et al. (1997). Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in a elderly population. *Lancet*, 349, 1793-1796.
- Graham, J., Rockwood, K., Beattie, L., McDowell, I., Eastwood, R. i Gauthier, S. (1996). Standardization of the diagnosis of dementia in the Canadian Study of Health and Aging. *Neuroepidemiology*, 15, 246-256.
- Harper, L., Fumagalli, G. G., Barkhof, F., Scheltens, P., O'Brien, J. T., Bouwman, F. i Schott, J. M. (2016). MRI visual rating scales in the diagnosis of dementia: evaluation in 184 post-mortem confirmed cases. *Brain: A Journal Of Neurology*, 139(4), 1211-1225.
- Hoyos-Alonso, M. C., Bonis, J., Tapias-Merino, E., Castell, M. V. i Otero, A. (2016). Estimación de la prevalencia de demencia a partir del análisis de bases de datos sobre uso de fármacos. La situación en la Comunidad de Madrid (España). *Neurología*, 31(1), 1-8.
- Hughes, C. P., Berg, L., Danzinger, W. L., Coben, L. A. i Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140, 566-572.
- Hughes, T. F., Flatt, J. D., Fu, B., Chang, C. H. i Ganguli, M. (2013). Engagement in social activities and progression from mild to severe cognitive impairment: The MYHAT study. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 587-595.
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. 2015. En línea: <<http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>>. [Consulta: 13 abril 2016].
- Ismail, Z. et al. (2015). Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: Provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment. *Alzheimer's & Dementia: The Journal Of The Alzheimer's Association*, 12, 195-202.
- Jellinger, K. A. i Attems, J. (2010). Prevalence of dementia disorders in the oldest-old: an autopsy study. *Acta Neuropathol*, 119(4), 421-433.
- Johnson, K. A., Minoshima, S., Bohnen, N. I., Donohoe, K. J., Foster, N. L., Herscovitch, P. i Thies, W. H. et al. (2013). Appropriate use criteria for amyloid pet: A report of the amyloid imaging task force, the society of nuclear medicine and molecular imaging, and the alzheimer's association. *Alzheimer's & Dementia: The Journal Of The Alzheimer's Association*, 9 (1), 1-16.
- Julom, A. M. (2013). The Development and Validation of a Neuropsychological Assessment for Mild Cognitive Impairment of Filipino Older Adults. *Ageing International*, 38(4), 271-327.

Kalaria, R. N., Maestre, G. E., Arizaga, R., Friedland, R.P., Galasko, D. i Hall, K. et al. (2008). Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management and risk factors. *Lancet Neurology*, 7(9), 812-26.

Klekociuk, S. Z., Summers, J. J., Vickers, J. C. i Summers, M. J. (2014). Reducing false positive diagnoses in mild cognitive impairment: The importance of comprehensive neuropsychological assessment. *European Journal of Neurology*, 21(10), 1330-1336.

Knopman, D. S. i Petersen, R. C. (2014). Mild cognitive impairment and mild dementia: A clinical perspective. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(10), 1452-1459.

Kral, A. V. (1962). Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Canadian Medical Association Journal*, 86, 257-260.

Lee, S. J., Ritchie, C. S., Yaffe, K., Cenzer, I. S. i Barnes, D. E. (2014). A clinical index to predict progression from mild cognitive impairment to dementia due to Alzheimer's disease. *PLoS ONE*, 9(12), 1-15.

López-Álvarez, J. i Agüera-Ortiz, L. F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14.

López, O. L., Becker, J. T., Jagust, W. J., Fitzpatrick, A., Carlson, M.C. i DeKosky, S.T. et al. (2005). Neuropsychological characteristics of mild cognitive impairment subgroups. *Journal of Neurology, Neurosurgery y Psychiatry*, 77, 159-165.

Martínez-Torteya, A., Treviño, V. i Tamez-Peña, J. G. (2015). Improved diagnostic multimodal biomarkers for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *BioMed Research International*, 2015.

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. J., Kawas, C. H. i Phelps C. H. et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal Of The Alzheimer's Association*, 7(3), 263-269.

Migliacci, M. L., Scharovsky, D. i Gonorazky, S. E. (2009). Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Revista de Neurología*, 48(5), 237-241.

Nair, V., Ayers, E., Noone, M., Johnson, B. i Verghese, J. (2014). Depressive symptoms and mild cognitive impairment: Results from the Kerala-Einstein study. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 62(1), 197-199.

- Neville, C. E., McCourt, H. J., McKinley, M. C., Lowis, C., Barrett, S. L., McGuinness, B. i Woodside, J. V. et al. (2013). Encouraging lifestyle behaviour change in mild cognitive impairment patients: development of appropriate educational material. *Aging & Mental Health*, 17(3), 276-286.
- O'Luanaigh, C., O'Connell, H., Chin, A., Hamilton, F., Coen, R., Walsh, C. i Lawlor, B. A. et al. (2012). Loneliness and cognition in older people: the Dublin Healthy Ageing study. *Aging & Mental Health*, 16(3), 347-352.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE10). Ginebra: WHO.
- Petersen, R. C. (2004a). Mild cognitive impairment. *Continuum*, 10, 9-28.
- Petersen, R. C. (2004b). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of International Medicine*, 256, 183-194.
- Petersen, R. C., Ivnik, R. J., Boeve, B. F., Knopman, D. S., Smith, G. E. i Tangalos, E. G. (2004c). Outcome of clinical subtypes of mild cognitive impairment. *Neurology*, (abstract) 62, A295.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G. i Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J. i Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., Kluger, A., Franssen, E., Wegiel, J. i de Leon, M. J. (2008). Mild cognitive impairment (MCI): a historical perspective. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 18-31.
- Reisberg, B., Schneck, M. K., Ferris, S. H., Schwartz, G. E. i de Leon, M. J. (1983). The brief cognitive rating scale (BCRS): findings in primary degenerative dementia (PDD). *Psychopharmacology Bulletin*, 19, 47-50.
- Rodakowski, J., Saghafi, E., Butters, M. A. i Skidmore, E. R. (2015). Non-pharmacological interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: An updated scoping review. *Molecular Aspects Of Medicine*, 4338-4353.
- Rondanelli, M., Opizzi, A., Faliva, M., Mozzoni, M., Antonello, N., Cazzola, R. i Cestaro, B. et al. (2012). Effects of a diet integration with an oily emulsion of DHA-phospholipids

containing melatonin and tryptophan in elderly patients suffering from mild cognitive impairment. *Nutritional Neuroscience*, 15(2), 46-54.

Rosselli, M. i Ardila, A. (2012). Deterioro cognitivo leve: definició y clasificació. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 12(1), 151-162.

Singh, B., Parsaik, A. K., Mielke, M. M., Erwin, P. J., Knopman, D. S., Petersen, R. C. i Roberts, R. O. (2014). Association of mediterranean diet with mild cognitive impairment and alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(2), 271-282.

Stella, F., Radanovic, M., Canineu, P. R., de Paula, V. R. i Forlenza, O. V. (2015). Anti-dementia medications: current prescriptions in clinical practice and new agents in progress. *Therapeutic Advances In Drug Safety*, 6(4), 151-165.

Van Der Musselle, S., Le Bastard, N., Vermeiren, Y., Saerens, J., Somers, N., Mariën, P. i Engelborghs, S. et al. (2013). Behavioral symptoms in mild cognitive impairment as compared with alzheimer's disease and healthy older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(3), 265-275.

Ventura, C. L. (2012). Intervención cognitiva en el deterioro cognitivo y la demencia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 12(1), 258-265.

Wilson, R. S., Boyle, P. A., James, B. D., Leurgans, S. E., Buchman, A. S. i Bennett, D. A. (2015). Negative social interactions and risk of mild cognitive impairment in old age. *Neuropsychology*, 29(4), 561-570.

Yang, M., Xu, D. D., Zhang, Y., Liu, X., Hoeven, R. i Cho, W. S. (2014). A Systematic Review on Natural Medicines for the Prevention and Treatment of Alzheimer's Disease with Meta-Analyses of Intervention Effect of Ginkgo. *American Journal Of Chinese Medicine*, 42(3), 505-521.

Yanhong, O., Chandra, M. i Venkatesh, D. (2013). Mild cognitive impairment in adult: A neuropsychological review. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 16(3), 310-318.

Yun, C. i Abrahamson, K. (2015). Does Exercise Impact Cognitive Performance in Community-dwelling Older Adults with Mild Cognitive Impairment? A Systematic Review. *Quality In Primary Care*, 23(4), 214-222.

Autora

MARIA VALERO DE VICENTE

Oriola (1988). Llicenciada en Psicologia. Màster en Intervenció Psicològica en Àmbits Clínics i Socials amb Intensificació en Psicologia Clínica i Neuropsicologia. Actualment és estudiant de doctorat en Educació i membre del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears.

**PREVENCIÓ D'ENVELLIMENT SALUDABLE
PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT
INTEL·LECTUAL GREU I PROFUNDA**

Prevenió d'envelliment saludable per a persones amb discapacitat intel·lectual greu i profunda

Vicenç Ferretjans Moranta

Patricia Cornide López

Antonio Román Rodríguez

Juan Lal Asnani Kishnani

Maria Zulema Rodríguez Aguirre

Resum

Fins fa pocs anys, parlar d'envelliment de les persones amb discapacitat intel·lectual era un fet pràcticament puntual, ja que la seva esperança de vida se situava en edats molt primerenques. No obstant això, tal com ha passat en la població general, l'esperança de vida d'aquest col·lectiu ha augmentat significativament en els darrers anys.

Aquesta longevitat posa de manifest les carències que hi ha respecte a aquesta nova realitat i planteja nous reptes encaminats a donar respostes a les necessitats de les persones grans amb discapacitat intel·lectual. Davant aquests nous reptes, i amb l'evidència d'una població en procés d'envelliment, l'any 2011, l'equip tècnic del Centre de Dia Mater Misericordiae per a persones amb discapacitat intel·lectual decideix engegar el Programa de prevenció d'envelliment saludable (PPES).

El PPES s'adreça als usuaris del Centre de Dia amb 45 anys o més i es desenvolupa en tres eixos diferenciats: activitat física i psicomotriu, control de salut i estimulació cognitiva.

Els resultats i la informació obtinguts amb la realització del programa d'ençà de l'any 2011 fins avui dia ens permeten certificar la utilitat del programa, la seva alineació amb els objectius proposats, un envelliment saludable i actiu, i al mateix temps plantejar-nos noves qüestions sobre el futur de les persones amb discapacitat intel·lectual en procés d'envelliment.

Resumen

Hasta hace pocos años, hablar de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual era un hecho prácticamente puntual, ya que su esperanza de vida se situaba en edades muy tempranas. No obstante, tal y como ha pasado en la población general, la esperanza de vida de este colectivo ha aumentado significativamente en los últimos años.

Esta longevidad pone de manifiesto las carencias existentes respecto a esta nueva realidad y plantea nuevos retos dirigidos a dar respuestas a las necesidades de las personas mayores con discapacidad intelectual. Ante estos nuevos retos, i con la evidencia de una población en proceso de envejecimiento, el año 2011, el equipo técnico del Centro de Dia Mater Misericordiae para personas con discapacidad intelectual decide poner en marcha su Programa de prevención de envejecimiento saludable (PPES).

El PPES se dirige a los usuarios del Centro de Día con 45 años cumplidos o más y se desarrolla en tres ejes diferenciados: actividad física y psicomotriz, control de la salud y estimulación cognitiva.

Los resultados y la información obtenida con la realización del programa desde el año 2011 hasta el día de hoy nos permiten certificar la utilidad del programa y su alineación con los objetivos propuestos, un envejecimiento saludable y activo, y al mismo tiempo plantearnos nuevas cuestiones sobre el futuro de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento.

1. Introducció

Fins no fa gaires anys, parlar d'envelliment de les persones amb discapacitat intel·lectual era un fet pràcticament puntual, ja que la seva esperança de vida se situava en edats molt primerenques. No obstant això, tal com ha passat en la població general, l'esperança de vida d'aquest col·lectiu ha augmentat significativament en els darrers anys.

Aquesta longevitat, una situació molt desitjable, posa de manifest les carències existents respecte a aquesta nova realitat i, planteja nous reptes encaminats a donar respostes eficaces i immediates a les necessitats de les persones grans amb discapacitat intel·lectual. Aquestes respostes han de fonamentar-se tant en els models de qualitat de vida predominants actualment en el món de la discapacitat intel·lectual com en el concepte d'envelliment actiu, com a procés pel qual s'optimitzen les oportunitats de benestar físic, social i mental durant tota la vida, amb l'objectiu d'ampliar l'esperança de vida saludable, la productivitat i la qualitat de vida en la vellesa.

Pel que fa a l'envelliment de les persones amb discapacitat intel·lectual, ens agradaria ressaltar les qüestions següents: d'una banda, des del punt de vista geriàtric, no hi ha malalties pròpies de l'anomenada tercera edat. Les persones grans pateixen les mateixes malalties que les persones d'altres edats. El que s'observa com a aspecte diferencial és un canvi en la freqüència de la malaltia i la capacitat física de la persona per recuperar-se. D'altra banda, les persones amb discapacitat intel·lectual en procés d'envelliment tampoc pateixen malalties específiques, diferents de les de qualsevol persona gran. La diferència se centra, en aquest cas, en el fet que en algunes síndromes es dona una prevalença més elevada d'alguns trastorns i, per damunt de tot, de la seva manifestació (per exemple, en persones amb dificultats de comunicació, el mal pot manifestar-se en forma d'alteracions de conducta, agressivitat...).

Tot i això, no podem oblidar que la persona amb discapacitat intel·lectual que envelleix té una doble condició: l'edat avançada –juntament amb els processos biològics que hi estan aparellats– i una limitació de conductes adaptatives inherent a la discapacitat (habilitats de comunicació, autocura, habilitats socials, etc...).

L'envelliment de les persones amb discapacitat intel·lectual està relacionat amb un nombre més gran de problemes i dificultats que el de la població sense discapacitat o amb altres discapacitats. Les persones amb discapacitat intel·lectual presenten un envelliment prematur i envelleixen abans i més de pressa. Segons Vázquez de Prada (1992), s'envelleix de la mateixa manera es tingui o no discapacitat, si bé l'autora destaca, els aspectes següents, entre altres:

- Hi ha síndromes que caracteritzen el procés d'envelliment amb determinades peculiaritats.
- La manera d'envellir presenta situacions diferents en funció del tipus de discapacitat.
- S'observa un deteriorament més intens en persones amb limitacions més acusades.

Generalment es considera que el procés d'envelliment de les persones amb discapacitat intel·lectual sol iniciar-se al voltant dels 40-50 anys (Verdugo et al., 2009), és a dir, molt abans que en la resta de la població. Tot i això, el criteri que determina l'envelliment d'aquestes persones no és sempre l'edat cronològica, sinó la situació real en què viuen (és bastant freqüent el fenomen d'envelliment prematur). Alguns dels factors que poden influir en l'acceleració del procés d'envelliment poden ser:

- El deteriorament físic i cognitiu derivat de la mateixa discapacitat.
- Entorns que no afavoreixen l'assumpció de responsabilitats, la presa de decisions i la realització d'activitats pròpies de l'edat adulta.
- L'edat avançada de molts pares i mares que veuen com van disminuint les seves capacitats per desenvolupar la seva tasca habitual de cuidadors.

Davant aquests nous reptes, i amb l'evidència d'una població d'usuaris en ple procés d'envelliment, l'any 2011 l'equip tècnic del Centre de Dia Mater Misericordiae per a persones amb discapacitat intel·lectual, decideix engagar el seu Programa de prevenció d'envelliment saludable (PPES), com a mesura per garantir un envelliment actiu per part dels usuaris de l'esmentat centre que es troben en ple procés d'envelliment.

2. Envelliment saludable i discapacitat intel·lectual, la nostra proposta

2.1. El Centre de Dia de Mater Misericordiae per a persones amb discapacitat intel·lectual

El Centre de Dia de Mater Misericordiae és un centre per a persones amb discapacitat intel·lectual greu o profunda segons els criteris de la cinquena edició del *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals* (American Psychiatric Association, 2013). Al centre no

hi ha un patró comú d'usuaris i el grup actual, amb 80 persones, té les característiques següents: tots són més grans de 16 anys (les seves edats oscil·len entre els 21 i els 60 anys), tots estan diagnosticats amb discapacitat intel·lectual greu o profunda, amb problemes de conducta i/o patologia dual o sense i tots tenen una gran afectació en habilitats tant en conducta adaptativa com en conductes necessàries per dur a terme activitats de la vida diària, afectacions que en tots els casos fan imprescindible la necessitat de supervisió o suport per part d'una altra persona.

No hi ha un patró conductual comú, atès que hi ha una gran heterogeneïtat de conductes i característiques personals, i un gran nombre, diferent pel que fa a causes de la discapacitat intel·lectual. Així, dins el grup, trobam persones afectades per diferents síndromes, com ara la síndrome de Cornèlia de Lange, de Rett i de Down, entre d'altres, i per altres afectacions, com l'esclerosi tuberosa, la paràlisi cerebral, trastorns de l'espectre autista, etc.

La majoria d'usuaris pateixen problemes de comunicació, si bé tots poden expressar què els agrada o què els desagrada de manera molt bàsica, amb plors o crits i rialles o somriures. El grup d'usuaris capaç de mantenir una conversa, encara que sigui molt bàsica, és minoritari. De fet, la majoria d'usuaris no mostren gaire interès per comunicar-se amb els companys ni amb el personal d'atenció directa, excepte, a vegades, per donar resposta a necessitats o desitjos bàsics.

Pel que fa a l'estat físic, es tracta d'un grup d'usuaris molt variat que inclou persones totalment dependents, amb paraplegies o que estan greument afectades en la seva motricitat, i altres usuaris totalment autònoms des del punt de vista físic i/o motriu.

2.2. La població del centre de dia en procés d'envelliment

La població d'usuaris atesos al PPES entre l'any 2011 i 2016 ha estat d'un total de 19 persones. D'aquestes, 3 són o han estat homes (15,8%) i 16 dones (84,2%). Pel que fa als diagnòstics, de les 19 persones, 18 estan diagnosticades amb discapacitat intel·lectual greu i una amb discapacitat intel·lectual profunda. A més, pel que fa a les causes de la discapacitat intel·lectual, tres persones presenten síndrome de Down, quatre d'elles paràlisi cerebral i la resta etiologia desconeguda. Finalment, cal assenyalar que una de les persones incloses al grup també està afectada per ceguesa total.

Dels 19 usuaris del programa, el 26,3% (5 usuaris) provenen del Centre Ocupacional i han arribat al Centre de Dia a causa de la seva edat o per un incipient deteriorament de les seves habilitats, mentre que els 14 restants (el 73,4%) han envellit al mateix Centre de Dia.

Taula 1 | *Distribució de persones per sexe i percentatge*

Sexe	Nombre	Percentatge
Dones	16	84,2%
Homes	3	15,8%

Es tracta d'una població, igual que la del Centre de Dia descrita anteriorment, molt heterogènia. Hi ha persones que presenten afectacions de tipus físic, com paraplegia, si bé la majoria no presenta una afectació física especial. Pel que fa al nivell de comunicació, exceptuant el grup que prové del Centre Ocupacional, que sí que disposa d'un nivell de comunicació molt funcional, són persones que comuniquen poc més enllà de desitjos o necessitats molt bàsiques, o ni tan sols això.

Pel que fa a la conducta, la majoria, tal vegada influïts per l'edat, tendeixen a mostrar una conducta molt tranquil·la i passiva, si bé alguns poden mostrar en moments puntuals més agitació i, fins i tot, presentar episodis puntuals de conductes disruptives o poc adaptades a l'entorn.

Pel que fa a les patologies dels usuaris prèvies a la inclusió al Programa de prevenció d'envelliment saludable o a la posada en marxa del programa esmentat, cal destacar les dades següents: un usuari amb hipertensió i tres amb obesitat (de tipus II i III). Així mateix, tres usuaris en el moment de ser inclosos al PPES ja mostraven signes evidents de patir demència.

L'avaluació de tots els usuaris amb l'Inventari per a la Planificació de Serveis i la Programació Individual (ICAP) (Bruininks et al., 1986; Montero, 1996), eina que té per objectiu valorar la conducta adaptativa i la necessitat de serveis per a persones amb discapacitat i tercera edat i que ens proporciona una equivalència de conducta i edat adaptativa, ens dona uns resultats de l'esmentada edat adaptativa que se situen entre un mínim de 3 mesos d'edat de conducta adaptativa i un màxim de 5 anys i 5 mesos, i en què la mitjana del grup té una edat de conducta adaptativa equivalent als 2 anys i 6 mesos.

En aquest cas i sobre la informació referent a l'edat adaptativa, s'ha de remarcar que els dos darrers anys al programa s'ha produït un augment notable de la mitjana de conducta adaptativa mesurada amb l'ICAP, ja que la derivació, per motius d'envelliment d'usuaris del Centre Ocupacional al Centre de Dia ha significat un augment considerable d'usuaris amb edats adaptatives i habilitats superiors a les habituals entre els usuaris del Centre de Dia.

Així, fins a l'any 2015, l'edat de conducta adaptativa màxima que presentava el grup d'usuaris del PPES era de tan sols 3 anys i 3 mesos.

Taula 2 | *Edat de conducta adaptativa segons l'ICAP*

EDAT MÍNIMA C. adap.	EDAT MÀXIMA C. adap.	MITJANA D'EDAT C. adap.
0 anys i 3 mesos	5 anys i 5 mesos	2 anys i 6 mesos

El nombre d'usuaris per any, la seva edat mitjana i el seu pes en la població total del Centre de Dia de Mater Misericordiae, així com el segment d'edat en què s'han mogut els usuaris inclosos en el programa es veuen reflectits al quadre següent:

Taula 3 | *Nombre d'usuaris per any, tant per cent, edat mitjana i segment d'edat*

Any	Nombre usuaris	Tant per cent	Edat mitjana	Segment
2011/2012	12 usuaris	17,1% del total	45,5	45-57 anys
2012/2013	13 usuaris	17,5% del total	50,6	45-58 anys
2013/2014	14 usuaris	18,4% del total	51,1	45-59 anys
2014/2015	13 usuaris	17,1% del total	51,5	45-58 anys
2015/2016	17 usuaris	20,9% del total	52,7	46-60 anys

Per tant, en l'actualitat, any 2015-2016, dels 19 usuaris globals del programa, 16 el continuen i s'han produït tres decessos (maig de 2016).

2.3. El Programa de prevenció d'envelliment saludable (PPES)

El PPES s'adreça als usuaris del Centre de Dia de Mater Misericordiae amb 45 o més anys del centre esmentat i es desenvolupa en tres eixos coordinats, amb la intenció de garantir, mitjançant activitats i controls, el benestar físic, social i mental dels usuaris i la seva qualitat de vida en el procés d'envelliment. Els tres eixos del programa són:

- Activitat física i psicomotriu
- Control de salut
- Estimulació cognitiva

El programa s'inicia al mes d'octubre i finalitza, com a tal, a finals del mes de juny de l'any següent, seguint un poc l'estructura d'un curs escolar, ja que el Centre de Dia roman tancat al mes d'agost. S'utilitza el mes de setembre per programar i adequar el material adient a la realització del programa durant la resta de l'any, així com per confeccionar la llista d'usuaris inclosos al PPES, i el mes de juliol per fer l'avaluació general i treure conclusions sobre el programa. A finals del mes de gener, es produeix una primera avaluació en què es planifica si són necessaris reajustaments en la realització

del programa o si és necessari incloure nous usuaris que s'hagin pogut afegir als Serveis del Centre de Dia. En tot cas, la temporarització del programa i les seves fites més importants estan reflectides al quadre següent:

Taula 4 | *Temporarització del programa*

Mes	Acció
Setembre	Reunió de programació i preparació del PPES
Octubre	Inici del programa
Novembre	
Desembre	
Gener	Primera avaluació i reajustament, si és necessari
Febrer	
Març	
Abril	
Maig	
Juny	Final de mes, finalització del programa
Juliol	Avaluació general del programa

A continuació s'ofereix una descripció més acurada dels tres eixos d'actuació del programa:

- **Activitat física i psicomotriu:** Aquest eix, responsabilitat del departament de fisioteràpia, pretén fer el manteniment de l'activitat física, adaptada a les necessitats de les PADI (persones amb discapacitat intel·lectual) en procés d'envelliment, mitjançant la realització de taules de fisioteràpia adaptades o exercicis individuals, amb una periodicitat mínima setmanal. Aquests exercicis o taules són avaluats dos cops en el programa: un a finals del mes de gener i l'altre en acabar-se el programa, al mes de juny. Els paràmetres avaluats són: flexibilitat, coordinació, força i equilibri. Aquests ítems són treballats mitjançant exercicis propis de cadascun:
 - **Flexibilitat:** estiraments, mobilitat articular, cinesiteràpia passiva i activa.
 - **Coordinació:** rampa, escales, paral·leles, el·líptica, cinta de caminar, bicicleta estàtica i exercicis amb pilota (passar-la amb les mans i els peus).
 - **Força:** espatlles, cinesiteràpia activa i activoresistida i plataforma vibratòria.
 - **Equilibri:** marxa per superfícies irregulars, hidroteràpia, exercicis sobre la pilota de fitnes i exercicis sobre plataforma inestable.
 - **Control de salut:** Donada la incidència més gran d'algunes patologies concretes en les PADI en procés d'envelliment i la capacitat de recuperació més reduïda que només es donarien per motius d'edat, és molt important dur un control i seguiment

específic de l'estat de salut d'aquestes persones. En aquest cas, el responsable d'aquest seguiment és el Departament de Salut. Entre les activitats desenvolupades hi ha el control trimestral del pes i la tensió arterial dels usuaris del programa, com a indicadors generals de l'estat de salut dels usuaris, així com una atenció més gran a l'aparició de simptomatologia o indicis de possibles patologies de tipus físic que puguin augmentar el nivell d'atenció personalitzada de l'usuari.

- **Programa d'estimulació cognitiva:** s'han adaptat les activitats i els exercicis de diversos programes d'estimulació cognitiva, en especial, s'han recopilat les activitats preferentment adreçades a persones que patien algun tipus de demència i amb una afectació més o menys important, ja que les característiques d'ambdues poblacions, les de les persones grans amb demència i les de les persones amb discapacitat intel·lectual greu o profunda, si bé són particulars de cadascuna d'elles, presenten certes similituds pel que fa a l'afectació de les capacitats cognitives. Adaptant les activitats dels diferents programes a les característiques i afectacions presents en les PADI, s'aconsegueix un programa d'estimulació cognitiva adreçat especialment a aquesta població i en particular a la població, no tan sols del PPES sinó de tot el Centre de Dia de Mater Misericordiae. En aquest cas, part de l'adaptació ha tingut a veure amb l'eliminació d'aquelles activitats relacionades amb una comunicació verbal complexa o amb necessitats de fer exercicis de memòria de certa complexitat, i sobretot d'exercicis que requereixen certa abstracció i/o pensaments i conceptes abstractes fora de l'abast de la majoria de les persones en procés d'envelliment del centre.

Les activitats es fan diàriament, amb una dedicació individual per part dels responsables de taller i són avaluades per aquests mateixos responsables d'acord amb els paràmetres següents: *realitza*; *realitza amb ajuda* o *no realitza*, així com el grau d'ajuda en cas de necessitar-se i les observacions que cada responsable creu que cal fer. Les àrees que es treballen són les següents:

- Àrea de llenguatge,
- Àrea de gestualitat,
- Àrea d'esquema corporal,
- Àrea d'orientació,
- Àrea sensorial,
- Àrea social i recreativa.

Una vegada feta l'avaluació de cada usuari, igual que en relació amb l'àrea de fisioteràpia, es fa una avaluació a finals de gener i una altra al final del programa, a finals de juny. Se n'obté un perfil del rendiment de l'usuari en cadascuna de les àrees, i es crea la base per avaluar i mantenir al llarg del temps una vigilància en relació amb les seves capacitats cognitives que serveix per poder detectar l'aparició de problemes incipients

o de deterioraments en el seu rendiment, així com per mantenir estimulades les seves habilitats cognitives.

2.4. Principals resultats del programa entre l'any 2011 i l'any 2016

En general, els resultats obtinguts gràcies al programa poden ser considerats molt satisfactoris. Així, s'ha produït un increment gradual del nombre d'usuaris, així com de la seva edat mitjana, fet que indica que l'objectiu d'augmentar les probabilitats d'un envelliment actiu en les persones amb discapacitat intel·lectual s'està aconseguint. A més, amb la implantació del programa s'ha aconseguit una altra fita com la de normalitzar els serveis per a persones grans amb discapacitat intel·lectual i homogeneïtzar-los en els serveis de què pot gaudir la població de la tercera edat sense discapacitat.

Pel que fa a les diferents àrees, tot i que l'avaluació es fa de manera conjunta com un tot inherent en cada persona, podem assenyalar els resultats següents:

Pel que fa a la salut, exceptuant les patologies prèvies a l'inici del programa, i que han provocat accions dirigides a establir pautes d'alimentació i estil de vida saludables, no hi ha hagut cap factor preocupant més enllà del control de l'evolució de les malalties comunes que ha patit la població. Tot i això, hem d'esmentar que en tres casos, l'aparició d'aquestes afeccions comunes sí que han marcat el desenvolupament posterior d'un deteriorament que ha finalitzat amb la mort. Aquests tres casos són objecte d'una anàlisi posterior.

A l'àrea de fisioteràpia, s'ha aconseguit mantenir la majoria dels paràmetres avaluats (flexibilitat, coordinació, força i equilibri) i en alguns casos s'han produït lleugeres millores en alguns dels paràmetres, especialment en el de força. També cal apuntar que el 21% (4 persones) històricament, és a dir, durant els 5 anys del programa, no han pogut fer cap exercici en aquesta àrea, en tres dels casos a causa dels problemes avançats de demència, fet que impossibilitava a aquestes persones seguir o imitar cap exercici i en el cas restant, a causa d'una sobreprotecció familiar.

En el cas de l'estimulació cognitiva, els resultats d'aquests 5 anys mostren majoritàriament una tendència al manteniment o la lleugera millora dels resultats en el programa d'estimulació, però també les dificultats d'alguns usuaris per seguir el programa.

Taula 5 | *Resultats globals al Programa d'estimulació cognitiva (PEC)*

Millora o iguala		Empitjora		No fa programa	
Nombre	Tant per cent	Nombre	Tant per cent	Nombre	Tant per cent
11	57,8	3	15,8%	5	26,4%

En aquest cas, sobre la taula anterior, és necessari fer les puntualitzacions següents:

- Dels 5 usuaris que no fan el PEC, 2 usuaris obtenen puntuacions de conducta adaptativa entorn dels 3 mesos i a l'any, fet que impossibilita, per tant, la realització de la majoria d'activitats o exercicis del programa. Així mateix, els altres tres usuaris varen ser inclosos al programa quan ja presentaven simptomatologia de demència molt avançada, la qual cosa tampoc no va permetre la realització del PEC.
- Els 3 casos d'empitjorament han estat detectats al llarg dels dos darrers anys i, per això, han servit els resultats obtinguts per aquests mateixos usuaris en anys anteriors. A més, és dóna la circumstància que l'empitjorament dels resultats en el programa d'estimulació cognitiva d'aquestes persones coincideix amb un deteriorament físic.
- Finalment, s'ha de destacar que el 57,8% dels usuaris, és a dir, la majoria es mantenen o milloren el seus resultats, i que, d'aquesta manera, es manté el benestar i es contribueix a un envelliment actiu dels usuaris.

Abans hem esmentat que durant aquests 5 anys s'ha produït el traspàs de tres persones. Pensem que és important analitzar aquests tres casos, ja que, tot i que no són representatius estadísticament dins la població de persones amb discapacitat intel·lectual, sí que presenten uns factors comuns que poden resultar interessants. En principi, els tres usuaris morts durant aquests anys patien tots tres la síndrome de Down. A més, els tres presentaven símptomes de demència, especialment amb pèrdua de connexió amb la realitat, desorientació espacial i de la realitat i amb la realització de conductes extravagants, fins i tot pel seu repertori habitual de conductes. I tots varen morir al voltant de la mateixa edat, entre els 57 i els 59 anys (57,5 anys d'edat mitjana). A més, tots varen morir després d'iniciar un declivi físic gradual amb punt de partida cap a una malaltia comuna, una afecció de les vies respiratòries, o problemes de circulació i van empitjorar durant uns mesos fins que es va produir la mort per causa natural.

És evident que tres usuaris no reflecteixen la majoria de persones amb discapacitat intel·lectual en procés d'envelliment, ni tan sols les persones amb discapacitat intel·lectual greu i/o moderada amb síndrome de Down, però sí que creiem que és important destacar les característiques dels tres casos, encara que sigui pel que tenen en comú.

3. Conclusions

L'augment de l'esperança de vida en el col·lectiu de persones amb discapacitat intel·lectual avui dia és un fet més que constatable. Aquest fet fa que els serveis destinats a atendre les persones amb discapacitat intel·lectual hagin d'implementar serveis i accions adreçades a la consecució d'un envelliment actiu i saludable en aquest col·lectiu.

En aquest cas, al Centre de Dia Mater Misericordiae per a persones amb discapacitat intel·lectual, amb els mitjans que s'han pogut dedicar, hem implementat el nostre Programa de prevenció d'envelliment saludable amb l'objectiu d'adequar-nos als objectius que hem esmentat. D'una banda, la nostra població i les seves necessitats, pel que fa a l'envelliment, no difereixen de les necessitats de les persones en procés d'envelliment sense cap mena de discapacitat. I de l'altra, la posada en marxa de programes adreçats a l'envelliment en persones amb discapacitat intel·lectual no fa més que normalitzar i igualar aquest col·lectiu amb el de la població general en procés d'envelliment. Tots envellim i, per tant, tots necessitam mesures i programes que ens permetin un envelliment saludable i actiu.

Pel que fa als resultats obtinguts a través nostre programa, aquests indiquen de moment que contribueix a l'envelliment actiu dels nostres usuaris, així com a l'augment de la mitjana d'edat de les persones, sense que això signifiqui una intensitat més alta de dependència dels usuaris, gràcies a les accions impulsades pel programa. Aquest fet ha de ser entès com un indicador d'èxit del programa i també ho són l'absència de malalties greus en el col·lectiu o el manteniment, sense minva dels paràmetres de l'àrea de fisioteràpia. En el cas de l'estimulació cognitiva, no hem d'oblidar que, durant aquests darrers 5 anys de vida del programa, s'ha aconseguit que quasi el 58% dels usuaris mantinguin o millorin el seu rendiment cognitiu.

En definitiva, creiem que el PPES, tot i que és millorable en molts aspectes, contribueix de manera decisiva a la consecució dels objectius que planteja: facilitar la consecució d'un envelliment actiu i saludable per part de la població de persones amb discapacitat intel·lectual en procés d'envelliment.

En aquest sentit, a més, volem oferir dos punts per a la reflexió: un referit a la necessitat de continuar amb aquestes línies d'actuació pel que fa a envelliment i la discapacitat així com la necessitat de reflexionar sobre el proper augment de la població envellida en el col·lectiu de PADI, persones amb afectació lleu o moderada, que envelliran i que, ja sigui per la jubilació de centres ocupacionals o pel deteriorament, ens obligaran a plantejar-nos quina és l'opció més adient per cobrir les seves necessitats.

I l'altre és el fenomen de la «doble dependència», és a dir, aquell fenomen pel qual persones dependents amb discapacitat intel·lectual es veuen en situació de ser cuidades per familiars que alhora es troben en ple procés d'envelliment i amb situacions moltes vegades de dependència. Aquests fets, creiem que són elements necessaris per a una profunda reflexió, ja que tant l'envelliment de les persones amb discapacitat intel·lectual com el fenomen de la doble dependència poden representar en un futur no gaire llunyà una emergència social silenciosa.

Referències bibliogràfiques

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Barcelona: Masson.

Bruininks, R. H., Hill, B. K., Weatherman, R. F. i Woodcock, R.W. (1986). *ICAP. Inventory for Client and Agency Planning. Examiner's Manual*. Allen, DLM Teaching Resources.

Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades*. Adaptación y validación del ICAP. Bilbao, Mensajero.

Pérez Gil, Rosa (Ed.) (2002). *Hacia una cálida vejez. Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental*. Madrid: FEAPS.

Vázquez, C. (1992). *El envejecimiento de las personas con retraso mental*. Siglo Cero, 140, 13-19.

Verdugo, M.A., Rodríguez, A i Sánchez, M.C.(2009). *Familias y personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento. La doble dependencia*. Madrid: Editorial Síntesis.

Autors

VICENÇ FERRETJANS MORANTA

Palma (1968). Llicenciat en Filosofia i Lletres, secció Psicologia, per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Exerceix com a psicòleg a l'Organització Mater Misericordiae d'ençà de l'any 2005. Actualment és psicòleg del Centre de Dia per a persones amb Discapacitat Intel·lectual de l'organització esmentada. Està acreditat com a psicòleg general sanitari per la Conselleria de Sanitat del Govern de les Illes Balears.

Davant de l'envelliment de la població que atén en els darrers anys, ha fet nombroses accions formatives relacionades amb l'envelliment, la demència i l'Alzheimer. Actualment és membre i coordinador del Grup de Treball sobre Psicologia i Discapacitat Intel·lectual del Col·legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears (COPIB). És coautor de l'article «Reflexiones sobre el apoyo conductual positivo», publicat a la *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, Siglo Cero* –abril-juny, 2015, vol. 46, (2)–.

PATRICIA CORNIDE LÓPEZ

La Corunya (1977). Llicenciada en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears (UIB) i màster en Formació i Gestió en Autonomia, Dependència i Discapacitat per la UNED. Ha estat coordinadora de Residència i Habitatges de l'Organització Mater durant l'any 2005 i 2006. L'any 2006 i fins a l'actualitat exerceix funcions de coordinadora del Centre de Dia de la mateixa Organització.

ANTONIO ROMÁN RODRÍGUEZ

Palma (1983). Diplomant en Fisioteràpia a la Universitat de les Illes Balears (2010). Postgrau de Teràpia Manual Avançada en el tractament del dolor musculoesquelètic (2012). Tècnic superior en Activitats Físiques i Esportives (2007). Ha treballat des de 2010 a 2016 a la Residència Sant Pere i Sant Bernat. Actualment fa feina al Centre de Dia de Mater Misericordiae com a fisioterapeuta.

JUAN LAL ASNANI KISHNANI

Palma (1982). Diplomant en Fisioteràpia i postgraduat en Teràpia Manual. Ha format part de l'equip de l'Organització Mater Misericordiae en els serveis d'Atenció Primerenca, Centre de Dia i Centre Ocupacional ISLA, on actualment desenvolupa la seva feina. Els fisioterapeutes, juntament amb l'equip de Centre de Dia i Salut, varen iniciar el Programa de prevenció d'envelliment saludable.

MARIA ZULEMA RODRÍGUEZ AGUIRRE

Sucre (Bolívia) (1969). Té nacionalitat espanyola i el títol de llicenciada en Infermeria per la Universitat Major Reial i Pontifícia de Sant Francesc Xavier de Chuquisaca l'any 1997. El seu títol fou homologat a la titulació espanyola diplomada en Infermeria l'any 2005. Amb àmplia experiència professional en clínica hospitalària i comunitària entre la població més pobre i comunitats indígenes del lloc i reconeguda per l'Ordre de Sant Joan de Déu, desenvolupa funcions d'infermera al Centre Mater Misericordiae d'ençà de l'any 2000, amb l'atenció directa dels usuaris amb discapacitat intel·lectual tant al Centre d'Educació Especial com a la Residència i al Centre de Dia per a persones amb Discapacitat Intel·lectual de l'Organització Mater Misericordiae.

**ENVELLIMENT
DEL RELLOTGE BIOLÒGIC**

Envelliment del rellotge biològic

Antonio Martínez Nicolás

Adrià Muntaner Mas

Resum

Tots els éssers vius tenen un rellotge biològic que els permet d'organitzar els processos i d'anticipar esdeveniments en el temps. Aquest rellotge necessita una sèrie de sincronitzadors per mantenir-se en hora, perquè l'individu gaudeixi d'una bona salut, com per exemple: la llum solar, l'activitat física o els horaris d'alimentació. No obstant això, l'envelliment afecta el rellotge biològic de la mateixa manera que la resta de l'organisme. Per exemple, l'envelliment dels receptors d'informació com la visió dificulta l'entrada d'informació al rellotge biològic i la posada en hora d'aquest, el deteriorament del mateix rellotge biològic dificulta el processament de la informació, mentre que el deteriorament d'alguns ritmes biològics com el patró de son, l'horari d'alimentació o de secreció de melatonina afecten la resta d'estructures del rellotge. Això fa que els ritmes biològics en les persones d'edat avançada presentin més fragmentació, un avançament de fase i una menor amplitud. No obstant això, hi ha multitud d'estratègies que permeten mantenir el rellotge biològic sa durant més temps, mitjançant una bona exposició a la llum, l'exercici físic, les relacions socials o els horaris d'alimentació.

Resumen

Todos los seres vivos presentan un reloj biológico que les permite la organización de los procesos y la anticipación de eventos en el tiempo. Este reloj necesita una serie de sincronizadores para mantenerse en hora y que el individuo goce de una buena salud, como la luz solar, la actividad física o el horario de alimentación. Sin embargo, el envejecimiento saludable afecta al reloj biológico igual que al resto del organismo. Por ejemplo, el envejecimiento de los receptores de información como la visión dificulta la entrada de información al reloj biológico y su puesta en hora, el deterioro del propio reloj biológico dificulta el procesamiento de la información, mientras que el deterioro de determinados ritmos biológicos como el patrón de sueño, el horario de alimentación o el de secreción de melatonina afectan al resto de estructuras del reloj. Esto hace que los ritmos biológicos en el anciano presenten mayor fragmentación, un adelanto de fase y una menor amplitud. Sin embargo, existen multitud de estrategias que permiten mantener el reloj biológico sano durante más tiempo, como una buena exposición a la luz, el ejercicio físico, las relaciones sociales o los horarios de alimentación.

1. Introducció

En l'origen de la vida, el nostre planeta era un entorn inhòspita causada d'una atmosfera feble que no protegia de la radiació solar, de les greus tempestes i de les erupcions volcàniques. Per sobreviure els organismes van necessitar predir alguns d'aquests esdeveniments.

Així, el desenvolupament d'un rellotge biològic que els permetés anticipar la sortida del sol per protegir-se de la radiació era un gran avantatge adaptatiu. Aquesta adaptació va aparèixer molt aviat en l'evolució dels éssers vius, i actualment és present en la immensa majoria d'aquests, inclosa l'espècie humana.

El rellotge biològic manté l'ordre temporal en tots els processos fisiològics. Cal destacar-ne la funció que permet que ens mantinguem desperts durant el dia, ens prepara per al descans al final d'aquest, ens permet recuperar forces mentre dormim i anticipa el despertar per a l'inici de l'activitat. Aquest rellotge tendeix a retardar-se i, per tant, és necessari donar-li corda cada dia, per evitar aquest retard. Els encarregats de donar-li corda són els sincronitzadors com per exemple: el cicle llum-fosc, l'exercici físic de forma regular, els horaris d'alimentació o els contactes socials.

Amb aquesta nova perspectiva científica les constants vitals passen a ser variables biològiques que mostren ritmes diaris, mensuals o anuals. Per exemple, els nivells de melatonina assoleixen el punt màxim durant la nit, concretament a la meitat de la nit, mentre que durant el dia els valors són mínims i propers a zero. Els valors màxims d'una variable s'han de produir en un moment específic del dia, per això el manteniment de l'ordre temporal intern és un requisit necessari per al manteniment d'un bon estat de salut.

Aquest rellotge biològic s'engloba dins el sistema circadiari (del llatí *circa*, que significa aproximadament, i 'diari', de cada dia). Aquest rellotge biològic sincronitza i manté l'ordre temporal intern gràcies als sincronitzadors o *zeitgebers* que el posen en hora, entre els quals destaca per la seva importància el cicle llum-fosc. Els sincronitzadors envien la informació al rellotge principal que processa la informació i l'envia als principals efectors, que actuen com a agulles del rellotge. L'efector més important és l'hormona melatonina, segregada per la glàndula pineal i que envia el senyal de fosc per la sang a la resta de l'organisme. Aquest sistema, igual que la resta de l'organisme, madura durant els primers mesos de vida, arriba a la maduresa plena durant la vida adulta i mostra símptomes d'envelliment en les darreres dècades d'aquesta.

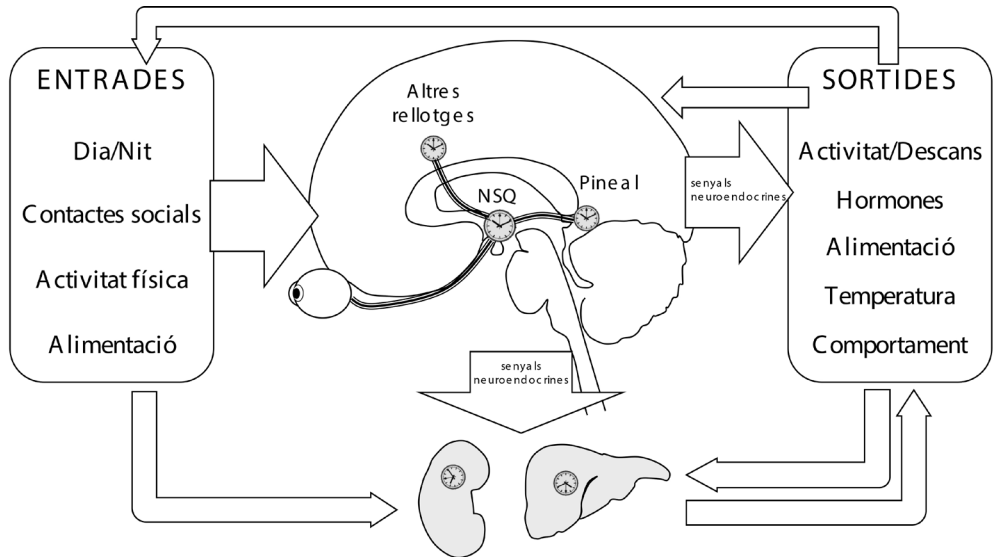
Per això, en aquest capítol s'abordarà el sistema circadiari en conjunt, posant l'accent en els principals canvis que es produeixen en l'envelliment saludable i les mesures que es poden prendre per mantenir sa aquest rellotge biològic.

2. Estructura i organització funcional del sistema circadiari

El sistema circadiari està format pels sincronitzadors ambientals o *zeitgebers* que el posen d'hora per una sèrie de vies d'entrada que reben la informació dels sincronitzadors i l'envien al marcapassos circadiari central situat als nuclis supraquiasmàtics (NSQ) de l'hipotàlem,

el qual va processant i transmetent la informació temporal a la resta de l'organisme. En tot aquest procés el marcapassos central està auxiliat per nombrosos rellotges centrals (retina o altres nuclis cerebrals) i perifèrics (ronyó, fetge, teixit adipós...) (Figura 1). Cal destacar que els rellotges perifèrics s'han trobat en moltes cèl·lules i en molts teixits de l'organisme (Buijs i Kalsbeek, 2001; Gómez Santos et al., 2009; Stratmann i Schibler, 2006).

Figura 1 | *Esquema dels principals components del sistema circadiari.*



Es pot observar la gran quantitat de relacions que hi ha entre uns i altres. Al centre de la imatge apareix el rellotge principal representat pels NSQ.

3. Vies d'entrada

L'oscil·lació entre el dia i la nit conforma el sincronitzador principal del sistema circadiari; aquesta és rebuda per unes cèl·lules especials de la retina que contenen un pigment fotosensible molt conservat en tots els animals. Aquestes cèl·lules transmeten la informació al rellotge principal mitjançant el tracte retinohipotàlmic. No obstant això, hi ha altres sincronitzadors importants com l'alimentació, les interaccions socials, l'exercici físic, el son o els canvis de temperatura diaris (Dkhissi-Benyahya et al., 2006; Hattar et al., 2002).

El ritme d'activitat i de descans en general, i l'exercici físic en particular, són un element sincronitzador molt important, atès que la regularitat en el ritme d'activitat i l'exercici físic a determinades hores milloren el son i la concentració durant la vigília, fet que reflecteix

una potenciació general del rellotge biològic (Manber et al., 1996; Sherril et al., 1998; Vuori et al, 1988).

L'horari d'alimentació és l'element sincronitzador més important en el sistema digestiu (fetge, pàncrees o intestí). De manera que un horari regular d'alimentació protegeix l'organisme mantenint saludables totes les funcions digestives, incloent la motilitat, les secrecions enzimàtiques i hormonals i l'absorció de nutrients (Waterhouse et al., 1997).

Aquests sincronitzadors que no són visuals actuen sobre altres nuclis cerebrals més primaris que a través de la producció de neurotransmissors com la serotonina modulen l'activitat del rellotge biològic (Dibner et al., 2010).

4. Rellotge central

El rellotge central està format aproximadament per 20.000 neurones petites i densament empaquetades situades als NSQ de l'hipotàlem. Aquests nuclis tenen dues regions diferenciades: la regió ventrolateral és la que actua de receptor de la informació lluminosa que procedeix de les retines, per processar-la i transmetre-la a la regió dorsomedial, que és el veritable rellotge que marcarà l'hora per a la resta de l'organisme (Moore et al., 2002; Welsh et al., 2010).

5. Vies de sortida

El rellotge central envia la informació temporal a altres regions cerebrals encarregades del comportament, com són les hormones i el sistema nerviós autònom, els quals han de regular els rellotges presents en la resta de l'organisme. D'aquesta manera, els NSQ marquen els temps de la fisiologia i el comportament de l'individu, com si d'un director d'orquestra es tractés, mitjançant senyals nerviosos i humorals (Dibner et al., 2010).

El ritme biològic que marca les hores del rellotge central és el de la secreció en sang de melatonina, hormona sintetitzada durant el període nocturn i en absència de llum per la glàndula pineal, cosa que significa que, perquè funcioni correctament, és necessari que la nit sigui fosca. No obstant això, perquè el rellotge biològic estigui sa també és necessari que el dia sigui lluminós (Pandi-Perumal et al., 2007). Aquestes propietats l'han convertit en un rellotge diari, ja que presenta valors elevats només a la nit, i estacional, atès que les nits durant l'hivern són més llargues i, per tant, la melatonina romandrà més temps elevada en sang (Claustrat et al., 2005).

6. El sistema circadiari envellit

L'envelliment provoca canvis en tot l'organisme i afecta també el sistema circadiari (Reiter, 1995). A més, les alteracions en el sistema circadiari poden contribuir a accelerar el procés d'envelliment (Gibson et al., 2009). Per tant, si mantenim un sistema circadiari jove, podem retardar el procés de l'envelliment.

En general, l'envelliment produeix principalment tres fenòmens en el ritme de son: pèrdua d'amplitud, augment en la fragmentació i avançament de la fase, tal com es resumeix més endavant a la Figura 2 (Weinert, 2000).

6.1. Alteracions en la recepció de la informació

Durant l'envelliment es perd agudeses visual, es redueix l'àrea pupil·lar i el cristal·lí es torna grog i, a més, perd capacitat de transmetre llum blava, que és la que necessita el sistema circadiari. Així, les persones més grans de 55 anys reben menys de la meitat de la informació lluminosa que arriba als ulls en comparació amb un individu jove (Turner i Mainster, 2008).

Els nivells d'il·luminació artificial en interiors es troben al voltant de 100 lux. Aquesta il·luminació no és suficient perquè el rellotge biològic es trobi en perfecte estat (Gronfier et al., 2007; Middleton et al., 2002). De fet, són necessaris nivells superiors a 1.000 lux, que només s'aconsegueixen en exteriors, durant una hora al dia perquè el rellotge biològic romangui sa (Turner et al., 2010). A més, la il·luminació a la qual s'exposen les persones es relaciona amb el seu benestar. De fet, els individus amb escassa exposició a la llum tenen més problemes de son i major incidència de depressions i alteracions generals en els ritmes biològics que podrien recuperar-se si s'exposen a llum solar durant una hora al dia (Navara i Nelson, 2007).

6.2. Alteracions en marcapassos i oscil·ladors circadiaris

El deteriorament del rellotge biològic és degut a una alteració en l'activitat elèctrica (REF) i de neurotransmissió (Hofman i Swaab, 2007; Wu i Swaab, 2007). No obstant això, totes aquestes alteracions tenen lloc en una edat molt avançada (a partir dels vuitanta anys normalment) i el deteriorament del sistema circadiari sol ocórrer molt abans (a partir dels cinquanta anys) (Hofman i Swaab, 2006; Wu i Swaab, 2007). Per això es pensa que l'envelliment del sistema circadiari és més degut a aspectes comportamentals que poden prevenir-se o revertir-se mitjançant un canvi d'hàbits de vida.

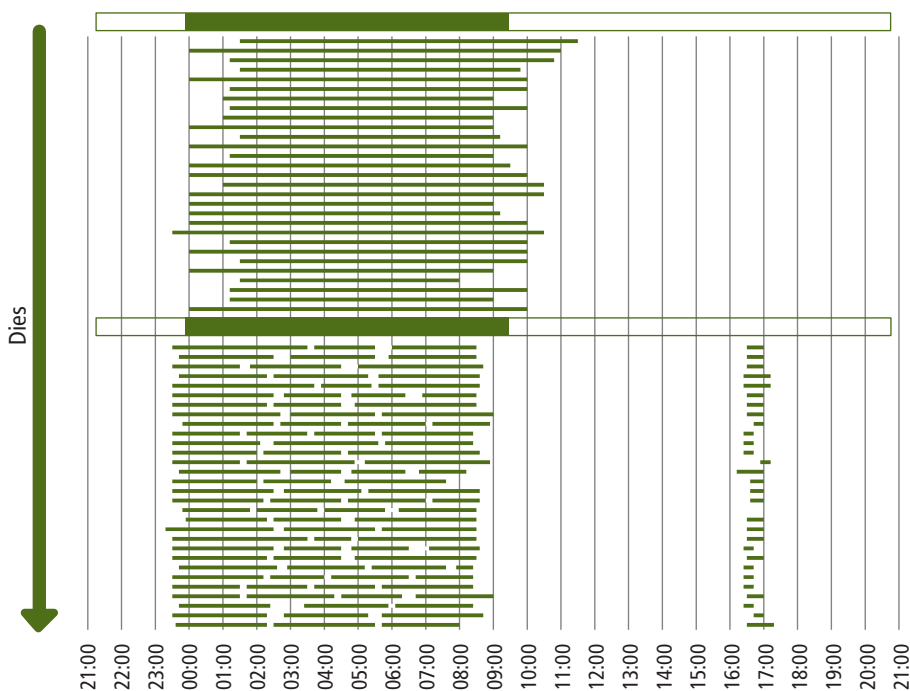
6.3. Alteracions a les sortides

Les alteracions dels ritmes biològics que esdevenen a les sortides del rellotge poden ser degudes a l'efecte directe de l'envelliment sobre les sortides o al deteriorament de les vies

d'entrada o del rellotge central. Això cal tenir-ho en compte en cas que es vulgui posar un tractament o revertir una situació patològica.

De forma general i com es veu a la Figura 2, podem detectar un ritme deteriorat/envel·lit per reducció en l'amplitud, per increment en la fragmentació i avançament de fase amb una pèrdua de la capacitat d'adaptació a noves condicions i a l'anticipació d'esdeveniments (Weinert, 2000).

Gràfic 1 | *Patró d'un ritme de son d'un adult (a dalt) i d'una persona d'edat avançada (a baix).*



Tant el patró adult com el de la persona d'edat avançada presenten a la part superior una barra horitzontal que representa el dia (24 hores) començant a les 21:00 i el son representat entre les 00:00 i les 09:00 del matí aproximadament. Cadascuna de les línies horitzontals representa el patró de son d'un dia. Es pot observar com el patró adult presenta menys interrupcions de son a la nit, un inici i un final de son molt irregular i no es fa la migdiada, mentre que la persona d'edat avançada s'adorm i es desperta abans i és molt més regular en aquests aspectes, i tendeix a fer la migdiada per compensar així les interrupcions de son que sol presentar a la nit.

El deteriorament del sistema circadiari produeix una disminució de la qualitat del son, de l'alerta diürna i del rendiment cognitiu. De fet, la disminució de la qualitat del son és deguda a la fragmentació d'aquest, aquest fenomen ocasiona que la persona d'edat avançada tingui una major tendència a fer la migdiada, mentre que durant la nit dorm menys. A més, el son és menys profund, i això provoca que disminueixi el son REM, que és la part del son en què es presenten els somnis. Aquest fet provoca menys descans cerebral, cosa que dificulta la capacitat per recordar i el manteniment de la vigília durant el dia (Gonçalves-Estella, 2005; Myers i Badia, 1995).

Els ritmes d'altres variables fisiològiques com la temperatura i la pressió arterial pateixen un procés similar, amb més fragmentació i reducció de l'amplitud. Els ritmes de secreció hormonal com el de la melatonina o del cortisol també pateixen canvis, tots relacionats amb la disminució de l'amplitud (Duffy i Czeisler, 2002; Myers i Badia, 1995; Touitou et al., 1997).

7. Recomanacions per regular el rellotge circadiari durant l'envelliment

Hi ha una sèrie de recomanacions que permeten mantenir el rellotge biològic sa durant més temps i que es basen principalment a potenciar els sincronitzadors augmentant el contrast entre el dia i la nit. El nombre d'estratègies és tan nombrós com el nombre de sincronitzadors:

- a) Exposició a la llum solar: és el sincronitzador principal i mostra un gran efecte sobre el sistema circadiari. La seva utilització durant els matins produeix una millora d'amplitud i estabilitat en el rellotge biològic (Martinez-Nicolas et al., 2011). No obstant això, la llum d'alta intensitat rebuda a la tarda o durant la nit produeix alteracions del rellotge biològic i del son (Martinez-Nicolas et al., 2011).
- b) Fosc: la foscor és necessària durant la nit. De fet, la llum durant la nit, com acabam de dir, fragmenta el son, torna arítmiques les persones i promou l'aparició d'alguns tipus de càncer (Martinez-Nicolas et al., 2011; Ohta et al., 2005; Anisimov et al., 2012). A més, la melatonina (la «foscor química») té efectes neuroprotectors, inductors del son. No obstant això, la seva administració ha de ser supervisada per un especialista.
- c) Exercici físic regular: és un altre sincronitzador molt important que potencia enormement el sistema circadiari, disminueix la incidència de desordres afectius i millora la salut física (Atkinson et al., 2007).
- d) Horaris d'alimentació: és un dels sincronitzadors més importants dels rellotges perifèrics. Per això, són recomanables els sopars lleugers amb poc sucre per evitar la diabetis nocturna (Saad et al., 2012; Van Cauter et al., 1989).

- e) Temperatura ambiental: tot i que aquest sincronitzador s'ha descrit fa poc temps, són necessàries temperatures fresques per dormir i una mica més càlides durant el dia per gaudir d'un bon son i una bona salut circadiària (Kondo et al., 2007; Wakamura i Tokura, 2002) .
- f) Interaccions socials: encara que la seva influència és petita, fan una tasca molt important en l'estat d'ànim i afectiu, de manera que passar les tardes amb la família o els amics, en comptes d'estar davant el televisor, potencia la regulació dels ritmes circadianis.

8. Conclusions

El sistema circadiari presenta una elevada complexitat en estructura i funcionalitat, ja que, encara que té una part important situada al sistema nerviós central, una altra està en teixits perifèrics com el fetge o el ronyó. En aquesta complexitat encara hi ha molts aspectes que no es troben aclarits i que exigeixen una investigació amb molta més profunditat. De fet, gran part de la informació s'ha obtingut d'experiments amb animals, atès que no és possible fer determinats estudis amb persones. El sistema circadiari, com tots els sistemes de l'organisme, envelleix i disminueix la seva robustesa, perd amplitud i es fragmenta. No obstant això, hi ha alteracions del sistema circadiari que acceleren l'envelliment natural.

Referències bibliogràfiques

Anisimov, V.N., Vinogradova, I.A., Panchenko, A.V., Popovich, I.G. i Zabezhinski MA. Light-at-night-induced circadian disruption, cancer and aging. *Curr Aging Sci.* 2012. 5:170-7.

Atkinson, G., Edwards B., Reilly, T. i Waterhouse, J. Exercise as a synchroniser of human circadian rhythms: An update and discussion of the methodological problems. *Eur J Appl Physiol.* 2007. 99:331-41.

Buijs, R.M. i Kalsbeek, A. Hypothalamic integration of central and peripheral clocks. *Nature Rev Neurosci.* 2001. 2:521-6.

Claustrat, B., Brun, J. i Chazot, G. The basic physiology and pathophysiology of melatonin. *Sleep Med Rev.* 2005. 9:11-24.

Dibner, C., Schibler, U. i Albrecht, U. The mammalian circadian timing system: organization and coordination of central and peripheral clocks. *Annu Rev Physiol.* 2010. 72:517-49.

Dkhissi-Benyahya, O., Rieux, C., Hut, R.A. i Cooper, H.M. Immunohistochemical evidence of a melanopsin cone in human retina. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2006. 47:1636-41.

Duffy, J.F. i Czeisler, C.A. Age-related change in the relationship between circadian period, circadian phase, and diurnal preference in humans. *Neurosci Lett.* 2002. 318:117-20.

Gibson, E.M., Williams, III W.P. i Kriegsfeld, L.J. Aging in the circadian system: considerations for health, disease prevention and longevity. *Exp Gerontol.* 2009. 44:51-6.

Gómez-Santos, C., Gómez-Abellán, P., Madrid, J.A., Hernández-Morante, J.J., Lujan, J.A., Ordoñas, J.M. Circadian rhythm of clock genes in human adipose explants. *Obesity.* 2009. DOI:10.1038/oby.2009.164.

Gonçalves-Estella, F. El sueño normal en el hombre. A: Toquero F, Zarco J, editors. Guía de buena práctica clínica en patología del sueño. Madrid: IMC; 2005. P. 9-23.

Gronfier, C., Wright, K.P. Jr, Kronauer, R.E. i Czeisler, C.A. Entrainment of the human circadian pacemaker to longer-than-24-h days. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2007. 104:9081-6.

Hattar, S., Liao, H-W., Takao, M., Berson, D.M. i Yau, K.W. Melanopsin-containing retinal ganglion cells: architecture, projections, and intrinsic photosensitivity. *Science.* 2002. 295:1065-70.

Hofman, M.A. i Swaab, D.F. Living by the clock: the circadian pacemaker in older people. *Ageing Res Rev.* 2006. 5:33-51.

Kondo, M., Tokura, H., Wakamura, T., Hyun, K.J., Tamotsu, S., Morita, T. i Oishi, T. Physiological significance of cyclic changes in room temperature around dusk and dawn for circadian rhythms of core and skin temperature, urinary 6-hydroxymelatonin sulfate, and waking sensation just after rising. *J Physiol Anthropol.* 2007. 26:429-36.

Manber, R., Bootzin, R.R., Acebo, C. i Carskadon, M.A. The effects of regularizing sleep-wake schedules on daytime sleepiness. *Sleep.* 1996. 19:432-41.

Martinez-Nicolas, A., Ortiz-Tudela, E., Madrid, J.A. i Rol, M.A. Crosstalk between environmental light and internal time in humans. *Chronobiol Int.* 2011. 28:617-29.

Middleton, B., Stone, B.M. i Arendt, J. Human circadian phase in 12:12 h, 200: <8 lux and 1000: <8 lux light-dark cycles, without scheduled sleep or activity. *Neurosci Lett.* 2002. 329:41-4.

Moore, R.Y., Speh, J.C. i Leak, R.K. Suprachiasmatic nucleus organization. *Cell Tissue Res.* 2002. 309:89-98.

Myers, B.L. i Badia, P. Changes in circadian rhythms and sleep quality with aging: mechanism and interventions. *Neurosci Biobehav Rev.* 1995. 19:553-571.

Navara, K.J. i Nelson, R.J. The dark side of light at night: physiological, epidemiological, and ecological consequences. *J Pineal Res.* 2007. 43:215-24.

Ohta, H., Yamazaki, S. i McMahon, D.G. Constant light desynchronizes mammalian clock neurons. *Nat Neurosci.* 2005. 8:267-9.

Pandi-Perumal, S.R, Smits, M., Spence, W., Srinivasan, V., Cardinali, D.P. i Lowe, A.D, et al. Dim light melatonin onset (DLMO): a tool for the analysis of circadian phase in human sleep and chronobiological disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psych.* 2007. 31:1-11.

Reiter, R.J. The pineal gland and melatonin in relation to aging: A summary of the theories and of the data. *Exp Gerontol.* 1995. 30:199-212.

Saad, A., Dalla Man, C., Nandy, D.K., Levine, J.A., Bharucha, A.E., Rizza, R.A., Basu, R., Carter, R.E., Cobelli, C., Kudva, Y.C. i Basu, A. Diurnal pattern to insulin secretion and insulin action in healthy individuals. *Diabetes.* 2012. 61:2691-700.

- Sherrill, D.L., Kotchou, K. i Quan, S.F. Association of physical activity and human sleep disorders. *Arch Intern Med.* 1998. 158:1894-8.
- Stratmann, M. i Schibler, U. Properties, entrainment, and physiological functions of mammalian peripheral oscillators. *J Biol Rhythms.* 2006. 21:494-506.
- Touitou, Y., Bogdan, A., Haus, E. i Touitou, C. Modifications of circadian and circannual rhythms with aging. *Exp Geront.* 1997. 32:603-14.
- Turner, P.L. i Mainster, M.A. Circadian photoreception: ageing and the eye's important role in systemic health. *Br J Ophthalmol.* 2008. 92:1439-44.
- Turner, P.L., Van Someren, E.J.W. i Mainster, M.A. The role of environmental light in sleep and health: effects of ocular aging and cataract surgery. *Sleep Med Rev.* 2010. 14:269-80.
- Van Cauter, E., Désir, S., Decoster, C., Féry, F. i Balasse, E.O. Nocturnal decrease in glucose tolerance during constant glucose infusion. *J Clin Endocrinol Metab.* 1989. 69:604-11.
- Vuori, I., Urponen, H., Hasan, J. i Partinen, M. Epidemiology of exercise effects on sleep. *Acta Paediatr Scand Suppl.* 1988. 574:3-7.
- Wakamura, T. i Tokura, H. Circadian rhythm of rectal temperature in humans under different ambient temperature cycles. *J Thermal Biol.* 2002. 27:439-447.
- Waterhouse, J., Minors, D., Atkinson, G. i Benton, D. Chronobiology and meal times: internal and external factors. *Br J Nutr.* 1997. 77:529-38.
- Weinert, D. Age-dependent changes of the circadian system. *Chronobiol Int.* 2000. 17:261-83.
- Welsh, D.K., Takahashi, J.S. i Kay, S.A. Suprachiasmatic nucleus: cell autonomy and network properties. *Annu Rev Physiol.* 2010. 72:551-77.
- Wu, Y.H. i Swaab, D.F. Disturbance and strategies for reactivation of the circadian rhythm system in aging and Alzheimer's disease. *Sleep Med.* 2007. 8:623-36.

Autors

ANTONIO MARTÍNEZ NICOLÁS

Llicenciat en Biologia amb dos màsters: en Investigació Biomèdica i en Minería de Dades i doctor en Medicina. Actualment ocupa una plaça postdoctoral a la Universitat de Granada. La seva experiència professional és principalment investigadora, ha realitzat experiments sobre l'envelliment en models animals i ha descrit la relació que hi ha entre el rellotge biològic humà i la regulació de la temperatura corporal durant l'ontogènia i l'envelliment.

ADRIÀ MUNTANER MAS

Doctor per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Diplomant en Magisteri, Educació Física. Llicenciat en Ciències de l'Activitat Física i de l'Esport. Màster en Nutrició Humana i Qualitat dels Aliments. Màster en Formació del Professorat. Professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Àrea d'Educació Física i Esportiva. Membre del grup d'investigació GICAFE (Grup d'Investigació en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport) de la UIB i membre del grup d'investigació PROFITH (Promocionant la Condició Física i la Salut a través de l'Activitat Física) de la UGR. Les seves investigacions recents s'han centrat a examinar els efectes de l'exercici físic en població d'edat avançada.

**ENVELLIMENT,
EXERCICI FÍSIC I TELÈFONS MÒBILS
INTEL·LIGENTS**

Envel·liment, exercici físic i telèfons mòbils intel·ligents

Adrià Muntaner Mas
Josep Vidal Conti
Pere Palou Sampol

Resum

L'envelliment actiu i saludable s'ha convertit en una de les prioritats a l'agenda dels organismes de salut pública. L'activitat física té un paper crucial en la millora de la salut. Durant la darrera dècada, les capacitats tècniques de la telefonia mòbil han evolucionat enormement i han mostrat la seva aptitud per prescriure exercici físic. L'escassa evidència científica en aquest sentit mostra la necessitat de confirmar aquest potencial mitjançant assaigs controlats ben dissenyats. En aquest capítol es presenta, d'una banda, una revisió teòrica de la importància de l'exercici físic durant l'envelliment i l'aparició de la salut mòbil com a metodologia innovadora per prescriure exercici físic. I paral·lelament, s'assenyalen els resultats d'una intervenció d'exercici físic prescrita mitjançant una aplicació mòbil de missatgeria instantània en una població d'edat avançada. Els resultats de l'estudi mostren una disminució de la pressió arterial sistòlica i de la freqüència cardíaca, així com un augment de la força muscular i de la capacitat aeròbica en els participants del grup que va ser intervingut amb telèfons mòbils intel·ligents. Els resultats d'aquesta investigació apunten que aquestes noves tecnologies podrien millorar la salut de les persones d'edat avançada, tot i que se suggereix que se'n faci una interpretació cautelosa. S'haurien de dissenyar i explorar nous estudis encaminats en aquesta línia d'investigació per confirmar o refutar els resultats obtinguts.

Resumen

El envejecimiento activo y saludable se ha convertido en una de las prioridades en la agenda de los organismos de salud pública. La actividad física juega un papel crucial en la mejora de la salud. En la última década, las capacidades técnicas de la telefonía móvil han evolucionado enormemente mostrando su aptitud para prescribir ejercicio físico. La escasa evidencia científica en este sentido muestra la necesidad de confirmar este potencial mediante ensayos controlados bien diseñados. En este capítulo se presenta por un lado una revisión teórica de la importancia del ejercicio físico durante el envejecimiento y la aparición de la salud móvil como metodología innovadora para prescribir ejercicio físico. Paralelamente, se señalan los resultados de una intervención de ejercicio físico prescrita mediante una aplicación móvil de mensajería instantánea en una población de edad avanzada. Los resultados del estudio muestran una disminución en la presión arterial sistólica y en la frecuencia cardíaca, así como un aumento de la fuerza muscular y de la capacidad aeróbica en los participantes del grupo que fueron intervenidos con los teléfonos móviles inteligentes. Los resultados de esta investigación apuntan a que esta tecnología podría mejorar la salud de las personas de edad avanzada, aunque se sugiere una interpretación cautelosa de los mismos. Es necesario el diseño y la exploración de nuevos estudios encaminados en esta línea de investigación para confirmar o refutar los resultados obtenidos.

1. Introducció

Encara que la població d'edat avançada al llarg del món està envellint ràpidament, l'evidència sobre les claus per una longevitat saludable és escassa. És necessària i urgent una actuació coherent i sinèrgica dels agents involucrats en la salut pública d'aquesta població. Per guiar aquestes actuacions l'Organització Mundial de la Salut ha publicat el primer Informe mundial sobre l'envelliment i salut. En aquest informe es posa de manifest l'objectiu principal per un envelliment saludable, que consisteix a ajudar les persones grans a desenvolupar i mantenir la seva capacitat funcional. La capacitat funcional requereix esforços per construir i mantenir les capacitats físiques i mentals a través del cicle de la vida. Per tant, maximitzar la capacitat funcional és l'objectiu principal de les polítiques per promoure l'envelliment saludable.

El gran augment de l'esperança de vida és un dels èxits més grans de la humanitat. Per contra, l'envelliment de la població mundial i els consegüents augments en la despesa pública, salut i atenció social, són vistos com una amenaça per a l'estabilitat econòmica. Per convertir l'envelliment saludable en una realitat, es requereixen canvis en les polítiques de salut pública, i aquests han de promoure la realització d'activitat física, entre altres mesures (The Lancet, 2015). Aquests motius nodreixen la necessitat de trobar estratègies efectives per donar resposta als nous requeriments de les persones d'edat avançada.

És important que les noves polítiques prestin atenció a determinats elements que seran crucials per al desenvolupament d'intervencions eficaces i, consegüentment, per poder assolir un envelliment més saludable. La prevalença de sobrepès i obesitat entre els espanyols d'edat avançada és alta, i s'observa que la inactivitat física és un factor determinant en el desenvolupament d'aquests problemes (Gomez-Cabello et al., 2011). Paral·lelament, els nivells de condició física en la gent gran disminueixen amb l'edat, i la capacitat aeròbica és un dels components més afectats pel procés de l'envelliment (Muñoz-Arribas et al., 2014).

D'altra banda, la utilització de nous enfocaments metodològics per millorar la salut de les persones d'edat avançada insuficientment actives és prioritària. Tenint en compte que els efectes directes i potenciadors de les intervencions d'activitat física realitzades a través de la telefonia mòbil són similars a la mida dels efectes trobats en les intervencions d'activitat física planificades en contextos clínics (Pratt et al., 2012) és imprescindible de crear polítiques sinèrgiques que utilitzin la tecnologia mòbil per a l'increment de l'activitat física.

1.1. Programes d'exercici físic per a persones grans

Les recomanacions internacionals d'activitat física, encara que amb petites variacions, mostren certa unanimitat i consens sobre els continguts que els programes d'exercici físic han de tenir per a aquest sector de la població. Sembla que les recomanacions

fetes pel Col·legi Americà de Medicina Esportiva (ACSM) poden servir de referent i resumir els diferents suggeriments internacionals (Chodzko-Zajko et al., 2009). Aquestes recomanacions es resumeixen en:

- a) Capacitat aeròbica. La gent d'edat avançada hauria d'acumular almenys 30 o fins 60 (per a més beneficis) minuts per dia d'activitats físiques d'intensitat moderada, en episodis de 10 minuts, almenys, i un total d'entre 150 i 300 minuts a la setmana. Per a les activitats físiques d'intensitat vigorosa, la gent gran ha d'acumular entre 20 i 30 minuts per dia, i un total d'entre 75 i 100 minuts a la setmana. És recomanable qualsevol activitat que no impliqui un estrès per al sistema locomotor; caminar és l'activitat comuna per excel·lència.
- b) Força. Les persones d'edat avançada han de realitzar exercicis d'enfortiment muscular, almenys dos dies a la setmana. Es recomana seguir programes d'entrenament amb pesos o exercicis amb el propi pes corporal (8-10 exercicis, 8-12 repeticions) implicant-hi els principals grups musculars.
- c) Flexibilitat. Les persones d'edat avançada han de realitzar exercicis de flexibilitat com a mínim dos dies a la setmana. Es recomana qualsevol activitat que mantingui o augmenti la flexibilitat mitjançant estiraments sostinguts per a cada grup muscular. Es recomanen els estiraments estàtics en lloc dels balístics.
- d) Equilibri. A causa de la manca d'evidència científica, no sembla que hi hagi un consens gaire clar respecte a la freqüència, la intensitat i els exercicis que resulten efectius per a la millora de l'equilibri. L'ACSM recomana fer d'activitats que incloquin postures que redueixin gradualment la base de sustentació i moviments dinàmics que desplacin el centre de gravetat i/o la reducció d'informació sensorial.

1.2. Persones d'edat avançada i els telèfons mòbils intel·ligents

A Espanya l'aparició dels telèfons mòbils ha arribat al 55% de la població i els propietaris d'aquests dispositius cada vegada en depenen més. El 72% accedeix a Internet cada dia des del seu telèfon mòbil intel·ligent. L'ús d'aplicacions mòbils és omnipresent; hi ha unes vint aplicacions instal·lades de mitjana, vuit aplicacions utilitzades els últims trenta dies i quatre aplicacions pagades de mitjana (Think with Google. Our Mobile Planet, 2013).

Durant la darrera dècada s'ha produït un augment del nombre de persones grans que té telèfons mòbils intel·ligents. En l'àmbit nacional, les dades del Consell Superior d'Investigacions Científiques apunten que el 76,8% de la població més gran de 65 anys utilitzava el telèfon mòbil durant el 2014 (Vilches Fuentes et al., 2014). La utilització d'aquests dispositius entre aquesta població va augmentant i es va convertint en un hàbit diari.

Les característiques principals que presenten aquests dispositius són les següents:

- a) El SMS (*short message service*) és un servei que permet enviar missatges escrits de 160 caràcters a qualsevol altre telèfon mòbil d'arreu del món. Aquesta característica és una de les funcions més simples d'aquests dispositius, i el seu ús no només es limita als països desenvolupats. Aquest ús generalitzat fa que la missatgeria de text hagi estat la tecnologia més utilitzada per desenvolupar intervencions de salut. L'absència d'esforç per part del destinatari durant l'enviament dels SMS és una de les raons que justifica la seva gran acceptació per a les intervencions de salut.
- b) Recentment les càmeres s'han convertit en una característica estàndard en tots els telèfons mòbils, fins i tot en els més bàsics. La disponibilitat constant d'aquesta característica en fa una eina útil per a la recopilació de dades relacionades amb la salut. Aquesta funció ha estat utilitzada per proveir els professionals de la salut d'informació addicional sobre una condició, un estat o un comportament relacionat amb la salut.
- c) Una de les característiques més importants dels telèfons mòbils, des del punt de vista de les intervencions de salut, és la seva capacitat per connectar-se a Internet des de qualsevol lloc. Aquesta connectivitat constant permet que les dades es puguin emmagatzemar instantàniament als servidors dels proveïdors per així poder analitzar la informació rebuda i/o detectar algun problema.
- d) Gairebé tots els telèfons mòbils moderns tenen la capacitat de connectar-se amb altres dispositius a través de Bluetooth, o altres formes. D'aquesta manera els telèfons mòbils poden connectar-se a bàscules digitals, monitors de pressió arterial, mesuradors de glucosa, podòmetres i equips de fitnes, entre altres sensors, i actuar com a receptors i emmagatzemadors de dades. Recentment la incorporació d'acceleròmetres i de sistemes de posicionament global (GPS) permet registrar nivells d'activitat física, ritmes de carrera i calories consumides a través de telèfons mòbils.
- e) La majoria de plataformes (iOS, Android, Symbian, BlackBerry, WebOS i Windows Phone) proporcionen els desenvolupadors amb les interfícies de programació, les quals es poden utilitzar per crear aplicacions natives amb un objectiu en concret. Hi ha nombrosos investigadors i companyies comercials que han utilitzat aquesta capacitat per crear diferents tipus d'aplicacions relacionades amb la salut.

Durant la darrera dècada s'ha disparat el nombre d'assaigs controlats aleatoritzats que han utilitzat les diferents característiques tècniques que ofereixen els telèfons mòbils per registrar els nivells d'activitat física, suggerir plans d'exercici físic a través d'aplicacions mòbils i/o generar missatges recordatoris de la pràctica d'activitat física diària recomanada. Els investigadors estan utilitzant les possibilitats i els avantatges que ofereix

aquesta tecnologia per desenvolupar intervencions que promoguin, reforcin, aconsellin, experimentin i/o suggereixin programes d'entrenament per millorar la condició física. Tot i l'evidència creixent, hi ha poques intervencions que hagin utilitzat una aplicació mòbil per a la prescripció d'exercici físic. En aquesta línia, el grup d'investigació GICAGE va desenvolupar un programa d'exercici físic que es va implementar a través de vídeos enviats per una aplicació mòbil a persones d'edat avançada per millorar la seva salut. A continuació es presenta quin va ser el disseny de la investigació i els resultats obtinguts.

2. Mètodes

L'estudi va ser un assaig controlat amb dos grups experimentals: un grup mòbil (GM) i un grup control (GC). L'assignació dels participants als grups experimentals va ser per conveniència; set d'ells varen ser assignats al GM i nou al GC.

2.1. Intervenció

Es va dur a terme un programa d'exercici físic amb l'objectiu de millorar la capacitat funcional dels participants. La intervenció va transcórrer durant 10 setmanes, a raó de dues sessions setmanals de 70-80 minuts de durada i un total de 20 sessions acumulades. Les sessions es van estructurar en quatre parts: fase d'escalfament, fase de força, fase de capacitat aeròbica i fase de tornada a la calma. En la fase d'escalfament, d'una durada de 10 minuts, es prescrivia carrera contínua i exercicis de mobilitat articular. En la fase de força, d'una durada de 25 minuts, es proposaven exercicis d'enfortiment muscular; l'equip utilitzat per a les activitats d'aquesta fase van ser les bandes elàstiques Thera-Band®. En la fase de capacitat aeròbica, d'una durada de 25-35 minuts, es va prescriure carrera contínua. La fase de tornada a la calma consistia en la realització d'estiraments dels músculs principals i va tenir una durada de 10 minuts.

2.2. Grup mòbil

Es va utilitzar la telefonia mòbil, concretament una aplicació mòbil de missatgeria instantània (WhatsApp), per transmetre el programa d'exercici físic. Els participants del GM van rebre dos vídeos (arxiu digital multimèdia disponible per baixar a un reproductor multimèdia) per setmana durant les 10 setmanes d'entrenament, i cada vídeo tenia una durada de 5 minuts. Els arxius es descarregaven a través de l'aplicació mòbil i quedaven emmagatzemats als dispositius mòbils. Els participants van realitzar les dues sessions setmanals en dies no consecutius i de forma autònoma, sense assessorament. Els dies de la setmana de l'entrenament van ser elegits pels mateixos participants. Els participants del GM podien escollir on realitzar l'entrenament. El GC no va rebre cap tipus d'intervenció.

2.3. Variables i instruments de mesura

Es van avaluar els dos grups experimentals en dos moments diferents: abans de l'inici de la intervenció (pretest) i després (posttest). Cada període de mesurament va consistir en la realització completa de la bateria de proves.

La força de pressió manual va ser mesurada amb un dinamòmetre analògic (T.K.K. 5001 grip-A; Takey, Tokyo, Japan). La capacitat aeròbica va ser mesurada mitjançant el 2-minute Step Test. L'equilibri estàtic es va mesurar mitjançant el test del flamenc. Per mesurar la freqüència cardíaca en repòs, la pressió arterial sistòlica i diastòlica, es va utilitzar el dispositiu The Omron Elite 7300W (Omron Healthcare Inc, Bannockburn, IL, USA). L'alçada es va mesurar utilitzant un tallímetre portàtil (Seca 217). El perímetre de cintura es va mesurar amb una cinta mètrica flexible (Lufkin W606PM). Es va mesurar el pes, el greix corporal, la massa muscular i l'índex de massa corporal (IMC) mitjançant la utilització d'una bàscula de bioimpedància (Omron HBF-500 Body Composition Monitor). La pressió arterial mitjana va ser calculada com la pressió arterial diastòlica més un terç de la pressió arterial sistòlica menys la pressió arterial diastòlica. Es va utilitzar un pulsioxímetre per mesurar la freqüència cardíaca en acabar el 2-minute Step Test.

3. Resultats

A la Graella I es presenten les mitjanes i les desviacions típiques de les variables descriptives de la mostra dels participants, segmentades pels dos grups que van conformar l'estudi. Es pot observar que abans d'iniciar-se el programa d'exercici físic no hi havia diferències significatives en cap de les variables. Per altra banda, les dades referents a l'índex de massa corporal mostren que la majoria de les persones incloses en l'estudi tenien sobrepès o obesitat abans de l'inici de la intervenció. L'edat dels participants inclosos en l'estudi oscil·lava entre 53 i 72 anys.

Taula 1 | *Estadístics descriptius de la mostra (n = 16)*

	GC (n = 9)		GM (n = 7)	
	Mitjana	DE	Mitjana	DE
Edat (anys)	64.11	5.51	62.86	5.11
Pes (kg)	66.87	16.57	68.61	8.93
Altura (cm)	164.00	11.40	167.14	7.22
IMC (kg/m ²)	24.54	3.62	24.57	2.94

GC: grup control; GM: grup mòbil; DE: desviació estàndard; IMC: índex de massa corporal.

La Taula 2 mostra l'efecte de la intervenció en les diferents variables cardiovasculars estudiades. Les dades mostren que es produeix una disminució de la pressió arterial sistòlica i de la freqüència cardíaca després del test de capacitat aeròbica. La intervenció no va tenir efectes sobre la pressió arterial diastòlica i mitjana i la freqüència cardíaca en repòs. El GC va obtenir resultats semblants en les mesures abans i després de la intervenció.

Taula 2 | *Efectes de la intervenció en paràmetres cardiovasculars*

Variables	GC (n = 9)				GM (n = 7)			
	Preexercici		Postexercici		Preexercici		Postexercici	
	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)
Pressió arterial sistòlica (mmHg)	136.22	12.54	137.89	12.84	131.43	15.05	126.29	15.07
Pressió arterial diastòlica (mmHg)	82.00	9.15	86.44	9.93	78.00	12.79	83.00	14.06
Pressió arterial mitjana (mmHg)	100.07	9.47	103.59	9.93	95.81	13.19	97.43	13.97
FC en repòs	71.44	11.94	72.56	14.34	70.57	7.23	75.00	9.97
FC després del test	105.56	11.38	102.00	8.69	99.14	10.46	92.00	9.71

GC: grup control; GM: grup mòbil; M: mitjana; DE: desviació estàndard; FC: freqüència cardíaca.

Els efectes de la intervenció en les variables antropomètriques i de la condició física es mostren a la Taula 3. El programa d'exercici físic va produir un augment de la força i de la capacitat aeròbica en els participants del grup mòbil. La intervenció no va tenir cap efecte en la resta de variables.

Taula 3 | *Efectes de la intervenció sobre paràmetres antropomètrics i de condició física*

Variables	GC (n = 9)				GM (n = 7)			
	Preexercici		Postexercici		Preexercici		Postexercici	
	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)
Massa muscular (%)	33.17	3.62	32.20	3.16	32.56	4.59	31.49	3.80
Grassa corporal (%)	24.49	7.10	26.53	6.29	25.54	7.19	27.93	6.27
Perímetre de cintura (cm)	85.67	13.51	86.78	12.50	90.43	8.58	91.29	8.34
Equilibri	34.11	22.18	48.00	18.33	41.86	23.11	39.71	19.47
Força de pressió manual (kg)	31.44	10.99	32.89	11.92	28.71	14.34	31.00	14.24
Capacitat aeròbica	164.44	27.52	178.56	8.97	139.71	29.32	146.29	36.49

GC: grup control; GM: grup mòbil; M: mitjana; DE: desviació estàndard; FC: freqüència cardíaca.

4. Discussió i conclusions

En aquest capítol es presenta, d'una banda, una revisió teòrica de la importància de l'exercici físic durant l'envelliment i l'aparició de la salut mòbil com a nova metodologia per prescriure exercici físic. D'altra banda es presenten els resultats d'una intervenció d'exercici físic realitzada mitjançant una aplicació mòbil de missatgeria instantània.

Els principals resultats del programa d'exercici físic mostren que en el GM va disminuir la pressió arterial sistòlica (3,82%) i la freqüència cardíaca després del test de capacitat aeròbica (7,18%). Respecte a la condició física, el programa va produir un augment de la força (7,80%) i de la capacitat aeròbica (4,65%) en els participants del GM (Gràfic I).

Els programes d'entrenament basats en exercici aeròbic o en l'augment de l'activitat física d'intensitat moderada proporcionen una reducció de 4 a 10 mmHg en la pressió arterial sistòlica i de 3 a 8 mmHg en la diastòlica, independentment del sexe i l'edat. El nostre programa d'exercici físic ha provocat una disminució de 6 mmHg després del programa d'exercici físic. La disminució de la freqüència cardíaca durant el primer minut després de la realització d'exercici físic, és un potent predictor d'esdeveniments cardiovasculars (Cole et al., 1999). Una disminució més ràpida d'aquesta reflecteix una adaptació positiva a l'exercici i possiblement la capacitat de més rendiment en activitats de resistència. Aquesta disminució ha estat notable en els participants del GM.

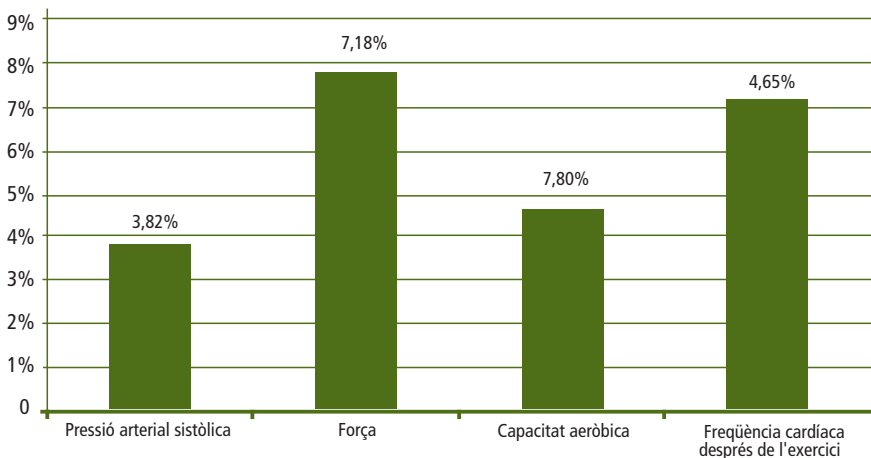
S'aprecia un descens en la força muscular, tant en membres superiors com inferiors, d'entre un 4,5% i un 5,5% cada cinc anys; i el descens més bruscat és en el grup de població d'entre 75 i 84 anys (Pedrero-Chamizo et al., 2012). El programa d'exercici físic seguit pels participants del GM ha aconseguit augmentar aquests nivells de força. La força muscular en les persones d'edat avançada s'associa inversament amb l'aparició dels factors de risc de les malalties cardiovasculars, com ara l'obesitat, la hipertensió, la síndrome metabòlica i la dislipèmia.

Per altra banda, la capacitat aeròbica pateix un descens d'entre el 5 i el 15% per dècada. A escala nacional, aquestes dades s'han ratificat amb els resultats publicats pel projecte Exernet, en el qual es va observar que aquest component de la condició física pateix un descens d'entre un 3% i un 9% en els diferents grups d'edat (Pedrero-Chamizo et al., 2012). En el nostre estudi s'ha produït una millora substancial de la capacitat aeròbica. Aquest component de la condició física s'associa de forma inversa amb diversos factors de risc de les malalties cardiovasculars, com ara la dislipèmia, la hipertensió i la *diabetis mellitus* de tipus II (Kokkinos et al., 2014; Shiroma i Lee, 2010)

Hi ha molt poques intervencions en el camp de l'exercici físic en què s'hagi emprat una metodologia de salut a través dels mòbils (mHealth) per millorar la salut de la població d'edat avançada. Müller et al. (2016) varen dur a terme un estudi amb persones d'entre 55 i

70 anys: els participants varen rebre 60 SMS a través del mòbil repartits durant 12 setmanes amb l'objectiu d'augmentar la freqüència d'exercici físic dels participants. L'estudi conclou que l'ús d'aquest tipus de característica tècnica (SMS) dels telèfons intel·ligents és efectiu, en la població estudiada, per promoure l'exercici físic. Aquests autors no varen trobar canvis significatius en la força ni en l'IMC després de la intervenció, resultats que van en la mateixa direcció que els nostres.

Gràfic 1 | *Efectes del programa d'exercici físic expressats en percentatge de millora*



L'estudi realitzat per Kim i Glanz (2013) va consistir en un programa de sis setmanes durant les quals s'enviaven SMS a través del telèfon mòbil a persones d'entre 60 i 85 anys amb l'objectiu d'incrementar el nombre de passos diaris. Els SMS motivacionals van demostrar efectivitat a l'hora d'incrementar els nivells d'activitat física d'aquesta població.

Tot i que el nombre de publicacions científiques que hagin usat i avalat l'efectivitat de les aplicacions mòbils per a la prescripció de programes d'exercici físic és més aviat escàs, n'hi ha un gran nombre a les principals plataformes mòbils. Segons Middelweerd et al. (2014) de les 875.683 aplicacions natives i disponibles a iTunes i de les 696.527 a Google Play, 34.490 i 17.756, respectivament, estan catalogades en l'àmbit de la salut i el fitness. Mentre aquest ràpid increment d'aplicacions mòbils està captant l'atenció de molts usuaris, hi ha una creixent preocupació pels perills potencials que poden desencadenar-se després de l'ús de les aplicacions per a aquests fins. Per tant, les aplicacions mòbils que es facin servir per prescriure exercici físic haurien de ser regulades i científicament sòlides per garantir-ne la validesa.

Referències bibliogràfiques

Buijink, A. W. G., Visser, B. J., i Marshall, L. (2013). Medical apps for smartphones: lack of evidence undermines quality and safety. *Evidence-Based Medicine*, 18(3), 90–2.

Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., i Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(7), 1510–30.

Cole, C. R., Blackstone, E. H., Pashkow, F. J., Snader, C. E., i Lauer, M. S. (1999). Heart-rate recovery immediately after exercise as a predictor of mortality. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1351–1357.

Gomez-Cabello, A., Pedrero-Chamizo, R., Olivares, P. R., Luzardo, L., Juez-Bengochea, A., Mata, E., i Ara, I. (2011). Prevalence of overweight and obesity in non-institutionalized people aged 65 or over from Spain: The elderly EXERNET multi-centre study. *Obesity Reviews*, 12(8), 583–592.

Kampert, J. B., Blair, S. N., Barlow, C. E., i Kohl, H. W. (1996). Physical activity, physical fitness, and all-cause and cancer mortality: a prospective study of men and women. *Annals of Epidemiology*, 6(5), 452–7.

Kim, B. H., i Glanz, K. (2013). Text messaging to motivate walking in older african americans: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(1), 71–75.

Kokkinos, P. F., Faselis, C., Myers, J., Panagiotakos, D., i Doumas, M. (2013). Interactive effects of fitness and statin treatment on mortality risk in veterans with dyslipidaemia: A cohort study. *The Lancet*, 381(9864), 394–399.

Kokkinos, P., Faselis, C., Myers, J., Kokkinos, J. P., Doumas, M., Pittaras, A., i Fletcher, R. (2014). Statin therapy, fitness, and mortality risk in middle-aged hypertensive male veterans. *American Journal of Hypertension*, 27(3), 422–430.

Middelweerd, A., Mollee, J. S., van der Wal, C., Brug, J., i Te Velde, S. J. (2014). Apps to promote physical activity among adults: a review and content analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 97.

Müller, A. M., Khoo, S., i Morris, T. (2016). Text Messaging for Exercise Promotion in Older Adults From an Upper-Middle-Income Country: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1), e5.

Muñoz-Arribas, A., Vila-Maldonado, S., Pedrero-Chamizo, R., Espino, L., Gusi, N., Villa, G., i Gómez-Cabello, A. (2014). [Physical fitness evolution in octogenarian population and its relationship with a sedentary lifestyle]. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 894–900.

Pedrero-Chamizo, R., Gómez-Cabello, A., Delgado, S., Rodríguez-Llarena, S., Rodríguez-Marroyo, J. A., Cabanillas, E., i Pulido, P. (2012). Physical fitness levels among independent non-institutionalized Spanish elderly: The elderly EXERNET multi-center study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(2), 406–416.

Pratt, M., Sarmiento, O. L., Montes, F., Ogilvie, D., Marcus, B. H., Perez, L. G., i Brownson, R. C. (2012). The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for changes in global physical activity. *The Lancet*, 380(9838), 282–293.

Shiroma, E. J., i Lee, I.-M. (2010). Physical activity and cardiovascular health: lessons learned from epidemiological studies across age, gender, and race/ethnicity. *Circulation*, 122(7), 743–52.

The Lancet. (2015). Ageing and health-an agenda half completed. *The Lancet*, 386(10003), 1509.

Think with Google. Our Mobile Planet. (2013). Retrieved from <http://services.google.com/fh/files/misc/omp-2013-es-local.pdf>

Vilches Fuentes, J., Pujol Rodríguez, R., i Abellán García, A. (2014). Un perfil de las personas mayores en España, 2014 Indicadores estadísticos básicos. *Informes En Red*, 6(2013), 24.

Autors

ADRIÀ MUNTANER MAS

Doctor per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Diplomant en Magisteri d'Educació Física. Llicenciat en Ciències de l'Activitat Física i de l'Esport. Màster en Nutrició Humana i Qualitat dels Aliments. Màster en Formació del Professorat. Professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Àrea d'Educació Física i Esportiva. Membre del grup d'investigació GICAFE (Grup d'Investigació en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport) de la UIB i membre del grup d'investigació PROFITH (Promocionant la Condició Física i la Salut a través de l'Activitat Física) de la UGR. Les seves recents investigacions s'han centrat a examinar els efectes de l'exercici físic en població d'edat avançada.

JOSEP VIDAL CONTI

Doctor per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Llicenciat en Ciències de l'Activitat Física i de l'Esport. Professor contractat doctor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Àrea d'Educació Física i Esportiva. Membre del grup d'investigació GICAFE (Grup d'Investigació en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport) de la UIB.

PERE PALOU SAMPOL

Doctor per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Llicenciat en Educació Física. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Àrea d'Educació Física i Esportiva. Investigador principal del grup d'investigació GICAFE (Grup d'Investigació en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport) de la UIB.

**TEMPS D'OCI I PERSONES GRANS:
APRENT A UTILITZAR EL TEMPS LLIURE**

Temps d'oci i persones grans: aprenent a utilitzar el temps lliure

Liberto Macías González
Yolanda Lázaro Fernández

Resum

En aquest inici del segle XXI ens trobem davant un desafiament sense precedents: l'envelliment de la població. Per tant, es pot afirmar que l'escenari que tenim és evident: vivim en una societat envellida i que seguirà envellint. Però, alhora, ha d'entendre's l'envelliment com un procés natural i desitjable tant personalment com socialment i de comunitat.

Gaudir del temps lliure té una repercussió positiva tant en la persona com en l'entorn familiar i social, per la qual cosa és molt important per al desenvolupament humà.

Aquest article pretén reflexionar sobre els programes universitaris d'adults grans com a espais on es produeixen trobades intergeneracionals i es comparteixen valors de tolerància, convivència i solidaritat, determinants en les relacions comunitàries. A més, aquests programes tenen una gran interacció amb la promoció de l'autonomia personal, l'envelliment actiu i la qualitat de vida dels qui els cursen, així com un important compromís en la construcció d'una societat per a totes les edats, ja que una de les seves potencialitats és ser agents dinamitzadors del canvi social, ja que afavoreixen que els individus es converteixin en agents d'innovació social i els ajuden en aquesta tasca.

Resumen

En este inicio del siglo XXI nos encontramos ante un desafío sin precedentes: el envejecimiento de la población. Puede afirmarse que el escenario que tenemos es evidente: vivimos en una sociedad envejecida y que va a seguir envejeciendo. Al mismo tiempo, debe entenderse el envejecimiento como un proceso natural y deseable tanto a nivel personal como a nivel social y de la comunidad.

Disfrutar del tiempo libre tiene una repercusión positiva tanto en la persona como en el entorno familiar y social, por lo que es muy importante para el desarrollo humano.

Este artículo pretende reflexionar sobre los programas universitarios de adultos mayores como espacios donde se producen encuentros intergeneracionales y se comparten valores de tolerancia, convivencia y solidaridad, determinantes en las relaciones comunitarias. Además, estos programas tienen una gran interacción con la promoción de la autonomía personal, el envejecimiento activo y la calidad de vida de quienes los cursan, así como un importante compromiso en la construcción de una sociedad para todas las edades, ya que una de sus potencialidades es ser agentes dinamizadores del cambio social, al favorecer y ayudar a los individuos a que se conviertan en agentes de innovación social.

1. Introducció

L'envelliment de la població és un fenomen amb el qual ens trobem en les societats desenvolupades i que ens presenta una realitat en la qual cada vegada més les persones arriben a edats més avançades i, a més, ho fan en condicions notablement millors, la qual cosa comporta una forma d'entendre aquesta fase vital molt diferent a la d'èpoques anteriors. Actualment ens trobem amb una generació de persones grans amb unes experiències significatives i amb possibilitats de mantenir-se socialment actives i participatives.

L'Informe 2014. Las personas mayores en España (IMSERSO, 2015) i *Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos* (Abellán i Pujol, 2015) assenyalen que a Espanya, segons el Padró Continu de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), l'1 de gener de 2014 les persones de 65 i més anys eren un 18,1% (Abellán i Pujol) i el 18,2% (IMSERSO) del total de la població, davant el 17,3% de 2011. La projecció realitzada per l'INE calcula que el 2061 hi haurà a Espanya més de 16 milions de persones d'aquesta franja d'edat (65 i més anys), dades que corresponen al 38,7% de la població total. Quant al nombre d'octogenaris, el percentatge segueix augmentant i en aquests moments representa un 5,7% del total de la població, un 0,5% més respecte de 2011, i que el 2061 arribaria a un 21,1%.

L'oci és de gran valor per a totes les persones. D'una banda, proporciona satisfacció i benestar a la persona, al mateix temps que estimula àrees de capacitat (físiques, cognitives i emocionals), i, de l'altra, permet la promoció de la independència i de l'autonomia personal. El *Libro Blanco del Envejecimiento Activo* (IMSERSO, 2011), assenjala que en les activitats d'oci l'important no és l'activitat en si mateixa, no és el que les persones realitzen, sinó el que pensen i senten mentre les duen a terme. L'activitat no és un fi en si mateixa sinó un mitjà pel qual la persona pot desenvolupar-se i satisfer els seus desitjos i necessitats. Com indica l'informe, l'oci «és un motor de benestar perquè:

- Alleuja l'estrès en mobilitzar la dimensió socioemocional, afavoreix establir i gaudir de noves relacions, amiatat i companyonia.
- Permet sentir-se lliures, competents, capaços de controlar el seu temps, la seva vida.
- Ofereix defenses contra l'avorriment, que en si mateix és estressant i genera malestar».

El que és rellevant i interessant de l'exercici de l'oci, així com de l'aprenentatge al llarg de la vida, és la percepció de llibertat i la motivació intrínseca pel plaer mateix de fer-les (IMSERSO, 2011: 291), aspectes que redunden en la persona com un sentiment de benestar general que es reflecteix en una percepció subjectiva de millor qualitat de vida.

En el mateix informe (*Ibidem*) s'indiquen quines són les diferents dinàmiques de participació. S'assenyalen quatre grups lligats als diferents estils de vida que presenta la persona de 65 i més anys. Segons el *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, són els següents:

1. *Participatiu*: assistència a classe, voluntariat, exercici físic, assistència a espectacles. Aquest grup comprendria el 5,9% del total de la població de referència.
2. *Oci social*: formar part o assistir a centres socials o associacions, passejar, ballar, assistir de forma quotidiana a bars i cafeteries. Aquest grup correspondria al 16,5% del col·lectiu.
3. *Oci inactiu*: majoritàriament correspon al consum de mitjans de comunicació (en qualsevol dels seus formats) i fa referència al 37,7% de la població gran.
4. *Domèstic*: activitats en la llar, com poden ser cosir, manualitats, cuidar un hort, visitar familiars, fer companyia, anar a l'església o participar en activitats religioses. A aquest grup correspon al 40,3% dels integrants del col·lectiu de persones grans.

S'ha d'esmentar, com també assenyalen els autors, que aquesta varietat d'estils de vida no es pot considerar separada de diversos factors, com el gènere, l'edat, el nivell d'estudis o l'estat civil. D'aquí es desprèn, per exemple, que dins de la població masculina el percentatge majoritari pertany al primer grup, al participatiu, mentre que en la població femenina, el grup majoritari se situa en el quart grup, l'estil de vida domèstic, tot i que hi ha diferències significatives entre aquestes, ja que les dones casades solen participar majoritàriament de l'oci social, mentre que les dones de major nivell cultural en el primer grup, el participatiu (IMSERSO, 2011).

Ja han passat una mica més de vint anys des de les primeres experiències dels pioners Programes Universitaris per a Persones Majors (PUM). Segons les darreres dades que se'n tenen, les del curs acadèmic 2015-16, es comptabilitzen 48.425 alumnes matriculats en algun dels diversos programes que s'ofereixen en les 44 universitats espanyoles, tant públiques com privades, sòcies de l'Associació Estatal de Programes Universitaris per a Persones Majors (AEPUM); també hi ha altres universitats que duen a terme programacions similars, encara que no tenen representació en l'AEPUM.

L'alumnat participant en aquest tipus de programes ha evolucionat, no només ha canviat el seu perfil a nivell demogràfic, ja que la mitjana d'edat ha anat baixant amb el pas dels anys, també ha canviat el nivell d'estudis amb els quals accedeixen al programa.

El 2011, en les X Jornades d'Associacionisme en els PUM, una representació dels alumnes de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) va assenyalar que els PUM els ajuden en el

seu desenvolupament personal dins de la universitat, els facilita la promoció de la seva autonomia personal, els millora la seva independència respecte d'altres grups i, per tant, els dóna la possibilitat d'envellir activament.

Igualment van destacar altres aspectes en els quals haurien d'incidir com a alumnes i exalumnes universitaris (Guillem, Mir i Munar, 2011):

- Promoció i participació en tasques de representació i defensa dels alumnes i exalumnes.
- Promoció i organització d'activitats d'interès cultural, formatiu, social i lúdic, com corals, teatre, conferències d'actualitat.
- Activitats lúdiques festives, com àpats de companyonia, festes de Nadal i fi de curs, viatge de finalització de cicle, etc.
- Premsa i publicacions, com revistes, butlletins, etc.
- Foment de l'ús de les noves tecnologies.
- La pràctica esportiva.
- Voluntariat.
- Programes d'estiu per no perdre la presència a les aules.

Com es pot apreciar l'alumnat ho té molt clar i per això és interessant conèixer quines activitats realitzen fora de les aules, ja que la seva participació té repercussions dins l'aula i en la relació amb els seus companys.

2. Envel·liment actiu

El concepte d'envelliment actiu ja va ser proposat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) el 1990, amb la finalitat de donar consistència al terme que fins aquell moment s'utilitzava, envelliment saludable, però no va ser fins a 2002 quan es va consolidar el terme, ja que li fou concedit un valor propi i fou ampliat a tots els àmbits de la vida d'una persona i no únicament al de salut, com succeïa amb el concepte anterior.

L'OMS entén l'envelliment actiu com aquell procés pel qual cada persona pot aprofitar al màxim les oportunitats de salut, participació i seguretat, amb la finalitat de millorar la qualitat de vida i de permetre-li, alhora, tenir un benestar físic, psíquic i social durant

tota la vida. L'objectiu és estendre l'esperança de vida en bones condicions fins a edats avançades, a fi de possibilitar la visibilitat d'una imatge positiva del col·lectiu de les persones grans (OMS, 2011).

A part de mantenir-se en forma, tant física com cognitivament, és important participar en la societat d'una manera activa, en:

- activitats recreatives,
- activitats relacionades amb el voluntariat,
- activitats culturals i socials,
- activitats educatives, i
- activitats de la vida diària en família i en la comunitat.

Per tant, es podria dir que l'envelliment actiu possibilita al col·lectiu de les persones grans:

- la participació, d'una manera plena, en la societat;
- la contribució d'una manera activa mitjançant programes de voluntariat i activitats intergeneracionals, i
- l'oportunitat de viure amb independència, tot adaptant tots els àmbits de les seves vides (habitatge, infraestructures, tecnologia i transport) (*Ibidem*).

El projecte FUTURAGE, liderat per l'investigador Alan Walker, inclou en la seva consideració d'**envelliment saludable** els següents components biològics, psicològics i socials:

1. Salut i ajust físic (poder valer-se per un mateix),
2. funcionament cognitiu,
3. afecte positiu (el benestar), i
4. participació i implicació social.

Tot això conflueix, com indica l'autora Vives (2011), amb la major part de definicions i conceptualitzacions del que és envellir bé, amb èxit (per exemple, Fries, 1989; Baltes i Baltes, 1990; Rowe i Khan, 1997), envelliment òptim (Bond et al., 1995), envelliment positiu (Gergen

i Gergen, 2001), envelliment productiu (Aldwin et. al., 2006), envelliment actiu (OMS, 2002). Igualment és coherent amb el que les persones grans, de molt diferents cultures, consideren què significa «envellir bé» (Fernández-Ballesteros et al., 2008; Fernández Ballesteros, 2011).

La mateixa Fernández Ballesteros, com assenyala Vives (2011), després de l'anàlisi realitzada per Peel, McClures i Bartlett, a l'any 2005, realitza un informe en el qual recull que els pilars bàsics de l'envelliment actiu són quatre: a) salut i funcionament físic, b) funcionament cognitiu, c) funcionament emocional, i d) funcionament social.

En el següent quadre es poden observar els diferents elements que els diversos autors consideren significatius i d'especial rellevància en la consideració d'un envelliment actiu:

Taula 1 |

Autor, any	Definició
Guralnik, 1989	Salut i alt nivell de funcionament, supervivència.
Strawbridge, 1996	Alt nivell de funcionament, supervivència.
Reed, 1998	Envelliment saludable: supervivència, sense malalties de risc, manteniment de les capacitats físiques i mentals.
Leveille, 1999	Envelliment amb èxit: longevitat sense dependència abans de la mort.
Ford, 2000	Envelliment amb èxit: vida independent en la comunitat.
Vaillant i Mukamal, 2001	Envelliment amb èxit: longevitat amb alt nivell de funcionament físic, mental i benestar social.
Newman, 2003	Envelliment amb èxit: sense malalties de risc, funcionament físic i cognitiu normal.
Haveman-Nies, 2003	Envelliment saludable: manteniment de la salut, mantenir-se viu i funcionalment independent.

Font: Fernández-Ballesteros, R. (2006: 23-24) (citada a: Vives, 2011)

Com es pot observar hi ha uns conceptes coincidents en la majoria dels autors, com poden ser envelliment saludable o amb èxit, alt nivell de funcionament, sense dependència o amb totes les capacitats físiques i cognitives, així com longevitat i supervivència. Per tant, encara que no existeixi una definició consensuada, sí que hi ha cert grau d'acord sobre quins elements són els importants a tenir en compte per arribar a gaudir d'un envelliment actiu, amb èxit, positiu, saludable, etc., en definitiva un envelliment en plenes facultats.

3. Concepte d'oci i temps lliure

En la societat actual l'oci ha passat a ocupar un lloc valorat a causa de múltiples factors com l'augment del temps lliure, la reducció de les jornades laborals, la democratització de la vida cultural, esportiva, turística, l'aparició de noves activitats i ofertes d'oci i per descomptat a causa de la important dimensió econòmica i comercial del fenomen.

Fins i tot ara es parla de la «societat de l'oci» (Puig, 1990), quan no fa massa temps parlar de termes com «oci» o «ociositat» era apropar-se a termes carregats de connotacions negatives.

Si ens situem en un concepte d'oci humanista, pot dir-se que participa del desenvolupament de la persona, i que és un àmbit de creixement humà. El fonament de l'exercici de l'oci és un dels grans valors de l'home: la llibertat (Cuenca, 1997), doncs no es pot obligar a ningú a estar satisfet, a estar alegre, a tenir una visió lúdica i creativa de les coses o a vivenciar una festa, per posar uns exemples. La llibertat és la base de la dignitat de la persona, la meta i el sentit de la qual és l'autorealització, ser un mateix, i l'oci pot constituir una excel·lent plataforma per aconseguir-ho.

Parlant de persones grans, i si ens centrem en la durada de la vida, Bergson (a Lemieux, 1997) utilitza dos termes de mesurament que denomina *temps de relloctge* i *temps viscut*. El *temps de relloctge* calcula el temps cronològic, és una abstracció mecànica, una línia imaginària que permet mesurar el canvi i el moviment cap a un punt pragmàtic. El *temps viscut*, per la seva banda, designa la qualitat d'una successió d'experiències. El *temps de vida* fa referència a l'experiència qualitativa dels éssers humans a través del desenvolupament de la vida. Aquesta experiència és plena d'èxits i de fracassos, d'esperances i desil·lusions; l'experiència de cadascun creix i s'enriqueix segons l'aptitud que es tingui davant els esdeveniments de la vida quotidiana. Això és el que Ericsson denomina «saviesa»; Maslow «autorealització»; Jung «individualitat» o simplement «alegria», com la denominava Aristòtil.

Quan s'estudia l'oci en adults grans, s'han de tenir en compte no només les qüestions d'edat sinó també les dimensions culturals i d'un altre tipus d'identitat personal i social. La interacció de la cultura, l'edat, el gènere i la participació en l'oci deriva en una sèrie de vivències (Henderson, 2002). Iso-Ahola (1980) parla de la influència que tenen tant les situacions socials com les experiències personals en la definició subjectiva de l'experiència d'oci.

L'oci, entès com una experiència amb valor en si mateixa, en paraules de Cuenca (2004), es distingeix per la seva capacitat de sentir i el seu potencial per crear trobades creatives que originen desenvolupament personal. Les experiències d'oci són estructurades en el conjunt de la vida i de les experiències vitals de l'individu, són processuals en la seva vivència i valoració, i direccionals perquè l'oci permet accedir al satisfactori i positiu. Dewey apunta que la veritable experiència és aquella que es conserva com a record perdurable.

Determinar que un resultat constitueix un benefici de l'oci (Driver, Brown i Peterson, 1991) requereix l'evidència que la participació en l'oci és la responsable del resultat i que aquest resultat comporta una millora que no hauria tingut lloc en altres circumstàncies. És per això que, en l'àmbit de la psicologia de la personalitat saludable (Tinsley, 2004),

l'oci posseeix una gran importància. Segons Kelly i Steinkamp (1986), la interacció social, l'autoexpressió, la percepció de competència, omplir el temps i evitar l'avorriment són algunes de les motivacions per participar en activitats d'oci que experimenten les persones grans, i que els ajuden a fer front als canvis que es produeixen en aquesta fase de la vida.

Així mateix, el gaudi de l'oci en els adults grans està directament relacionat amb la percepció de felicitat, l'ajust a les circumstàncies vitals i la implicació en els processos vitals (Katz, 2000). Igualment les persones grans que gaudeixen d'experiències d'oci que revesteixen cert grau de complexitat de manera continuada són persones amb una capacitat d'atenció major des d'un punt de vista intel·lectual (Schooler i Mulatu, 2001) i més implicades socialment i amb el seu entorn (Iso-Ahola, Jackson i Dunn, 1994). Diverses recerques permeten relacionar les pràctiques d'oci en persones grans que reclamen un posicionament actiu amb un major benestar psicològic i menors índexs de depressió (Dupuis i Smale, 1995).

Martínez i Gómez (2005) assenyalen una sèrie d'objectius que s'han de desenvolupar en l'elaboració de programes d'oci actiu i saludable per a la vellesa: la creació d'actituds positives cap a l'oci; suscitar noves raons o motivacions per a l'oci; ampliar i diversificar el repertori d'oci del subjecte; conèixer les oportunitats i els recursos per a l'oci disponibles en la comunitat; promoure el contacte social com a mitjà per a l'aprenentatge i la integració en noves xarxes socials i d'amistat; desenvolupar la creativitat i afavorir l'autonomia personal en relació amb l'oci i la participació.

4. El paper de l'oci en la participació social

Parlar de participació social comporta abordar el capital social, entenent-lo, si seguim l'assenyalat per la Comissió Europea, com la resultant d'aquelles actuacions col·lectives de caràcter cooperatiu que remarquen no només la riquesa de les relacions dins de la societat, sinó que també es perceben com un bé social generat gràcies a les activitats de les pròpies comunitats i xarxes socials.

Herreros (2000 i 2004), Putnam (1993) i Levi (1997) defineixen el capital social com una via per al desenvolupament de la democràcia política mitjançant la participació. La importància de la participació de les persones grans té un clar valor pel recorregut vital d'aquestes persones, ja que la seva experiència representa un capital humà de gran valor que ha de ser aprofitat i potenciat a favor del conjunt de la societat. A més, la participació social de les persones grans contribueix a la seva qualitat de vida.

L'auge de l'educació permanent és conseqüència d'una ciutadania activa que troba en l'educació universitària una bona eina per fer efectiva la seva plena participació en la societat.

En nombroses recerques s'ha relacionat la participació social amb la qualitat de vida de les persones grans mesurada en índexs de satisfacció, depressió, integració, fragilitat, etc. La capacitat de les persones grans per relacionar-se amb l'entorn, el suport social i la integració en el món que els envolta és un aspecte fonamental per viure el procés d'envelliment com una experiència positiva.

5. Experiència d'oci i temps lliure en persones grans: els exemples de la Universitat de Deusto i la Universitat de les Illes Balears

Aquest apartat ens servirà d'exposició de dues experiències, diferents entre si, però amb un objectiu comú, ja que a les dues universitats, la de Deusto i la de les Illes Balears, entenen la formació com una experiència d'oci, de manera distinta, ja que les característiques institucionals, geogràfiques, etc., són diferents, però donant, ambdues, valor al fet que el temps emprat per l'alumnat en cadascun dels programes i activitats que realitzen sigui enriquidor i que els estudiants mateixos el percebin com útil, i sentin que el temps que dediquen a la seva formació, encara que no sigui professional, és una excel·lent manera d'invertir en el seu temps d'oci.

Universitat de Deusto

En el marc de l'orientació humanística de la Universitat de Deusto, el principi educatiu que inspira el projecte La Formació com a Oci és la formació integral de la persona, cuidant especialment que el desenvolupament processual sigui satisfactori i formatiu (Csikszentmihalyi et. al., 2001). Per dur-lo a terme es proposa un model vivencial que possibiliti el desenvolupament personal a partir d'experiències culturals d'oci. Els sis programes que constitueixen aquest projecte de la Universitat de Deusto són programes universitaris que propicien a les persones que els cursen una rica activitat a nivell psicològic, físic i social.

L'experiència confirma que aprendre és possible, sempre, amb independència de l'edat i de qualsevol tipus de condició social, ja que la capacitat d'aprenentatge només desapareix amb la vida.

A la Universitat de Deusto entenem que invertir en l'educació de les persones adultes grans no és només una qüestió de justícia social, entesa aquesta en termes de drets (com una forma d'accedir a la participació democràtica o com una forma de fer possible el dret de ciutadania); invertir en l'educació de les persones adultes grans és una necessitat, ja que l'educació és un element principal de la qualitat de vida i a la vegada és un element que hi influeix d'una manera significativa.

Si analitzem les activitats d'oci realitzades per adults grans i veient les dades presentades per la Fundació EDE (2013), s'adverteix que l'esport i les activitats a l'aire lliure (passejar,

córrer, esports aquàtics, la pesca, etc.) estan presents entre la població de més edat en major mesura que entre la població basca en el seu conjunt, si bé és cert que quatre de cada deu persones no fan esport ni cap activitat física. Quan es tracta d'activitats físiques molt actives certament es redueix el nombre de les persones grans que les realitzen.

Quant a activitats relacionades amb la vida social i la diversió, sis de cada deu persones de 65 o més anys hi participen. Encara així el temps que dediquen les persones grans a la vida social i a la diversió és inferior al dedicat per la població en el seu conjunt.

D'altra banda, la població més gran de 65 anys presenta nivells inferiors als d'altres grups d'edat en l'hàbit de lectura de llibres d'oci i a l'assistència a bona part de les activitats que formen part de l'oferta cultural (biblioteca, exposicions, teatre, cinema...).

Finalment, s'apunta que sortir fora de casa a menjar o sopar els caps de setmana és un costum bastant arrelat entre altres grups d'edat, mentre que més de la meitat de la població de 65 o més anys no ho fa mai. Tampoc viatjar els caps de setmana no és un hàbit generalitzat entre les persones grans (sis de cada deu mai no ho fa).

Ara bé, l'alumnat participant als programes de Formació Permanent de la Universitat de Deusto són persones que anhelan una experiència formativa, duta a terme amb gaudi i satisfacció, juntament amb altres alumnes amb els quals no competeixen, sinó que comparteixen expectatives. Així ens trobem amb testimoniatges tals com:

Poder estudiar a la meua edat ha estat un gran plaer que m'ha reconfortat amb mi mateixa (M. A. S., 2000, I Promoció).

Igualment molts d'ells afirmen, en un o un altre moment de la seva trajectòria formativa, l'oportunitat de compartir expectatives amb els seus companys, trobar noves amistats i relacions:

A més de tota la cultura que hi venia cercant (a la universitat), més enllà de les seves portes, m'ha donat a canvi de la meua entrega un regal, l'amistat (R. M. M., 2002, I Promoció).

I, també, que al llarg de la seva participació als diferents programes que s'ofereixen (Títol Universitari en Cultura i Solidaritat, Oci Cultural Universitari, Cursos Monogràfics, Gaudir les Arts, Aprendre Viatjant) s'ha anat creant un estil de vida d'oci cultural que és la nova base del seu oci creatiu:

Això nostre era per «hobby», per aprendre, per crear amistat, per fer coses que tal vegada per la voràgine de les nostres activitats laborals no havíem pogut realitzar, per fer una

aturada al camí i dedicar-nos, en un ambient universitari, a realitats intel·lectuals (Discurs de Graduació dels alumnes de la VII Promoció).

La satisfacció porta l'esforç de superació de dificultats que òbviament vertebraren els cursos. L'assoliment s'aconsegueix com un fi en si mateix, no com un mitjà per a la preparació laboral, sinó amb una orientació autotèlica que dóna valor al cultiu de la persona.

En definitiva, el nostre alumnat evidencia que la formació, en aquest cas d'adults grans, permet el desenvolupament de valors, actituds i destreses que milloren la capacitat de gaudi i la qualitat de vida de les persones.

Universitat de les Illes Balears

La Universitat Oberta per a Majors, emmarcada dins el paradigma de l'aprenentatge a llarg de tota la vida, ofereix una oferta formativa i cultural variada perquè el seu alumnat gaudeixi del seu temps lliure d'una manera profitosa, aprenent i compartint. Emprar el temps disponible a estudiar a la Universitat és invertir en el seu propi desenvolupament personal, en la generació d'una nova xarxa social, a compartir inquietuds i interessos personals, en actualització i ampliació de nous coneixements útils per a la vida quotidiana, entre d'altres coses. En definitiva, invertir el temps d'oci a aprendre és aconseguir benestar.

Les illes Balears, per la seva naturalesa turística, són una font de cultura en tots els seus àmbits, per exemple a Mallorca es pot gaudir de multitud de conferències cada dia, infinitat de rutes i itineraris temàtics per tota l'illa, cultura gastronòmica, musical, audiovisual, esportiva, etc. La UOM permet a l'alumnat que assisteix als seus programes apropar-se a la vida cultural i activa i endinsar-se dins el seu entorn, tot aprofitant al màxim d'aquesta manera el gaudi de cada activitat que s'hi fa.

Demanat a l'alumnat de la UOM que si haguessin d'assenyalar aquell aspecte, o aspectes, que els ha aportat el fet de participar a la universitat, quin seria, els grups van contestar el següent:

Taula 2 |

Què t'ha aportat la universitat	Percentatge
Coneixements (actualització, ampliació, saber coses noves)	42%
Xarxes socials (conèixer gent nova, fer amics, ampliar xarxa social)	31%
Satisfacció personal (felicitat amb el que faig, estar bé amb mi mateix)	12%
Refrescar coses dels estudis realitzats	8%
Aspectes positius i interès per l'estudi	2%
Activitat interessant, diversió i ocupació del temps	1%

Com podem observar el percentatge més alt correspon al fet d'adquirir nous coneixements, actualitzar-los i aprendre coses noves, amb un 42%, per tant el fet d'aprendre pel plaer d'aprendre queda confirmat. La segona resposta més assenyalada i que segueix de molt a prop a l'anterior, amb un 31%, és el fet de conèixer gent nova, fer amics, en definitiva, ampliar les seves xarxes socials; i en tercer lloc, amb un 12%, ens trobem amb la satisfacció personal, que podem pensar que es deriva de les dues opcions anteriors.

Quant a les aficions que l'alumnat destaca com les que sol realitzar en el seu temps d'oci es poden resumir en la següent taula:

Taula 3 |

Aficions	Percentatge	Aficions	Percentatge
Lectura	89,0%	Fotografia	32,8%
Viatges	65,6%	Pintura	32,8%
Cinema	59,3%	Televisió	29,6%
Música	57,8%	Manualitats	29,6%
Naturalesa	50,0%	Història	29,6%
Gastronomia	43,7%	Idiomes	23,4%
Esport	40,6%	Animals	21,8%
Informàtica	39,0%	Arquitectura	18,7%
Cuina	37,5%	Compres	6,2%

Algunes d'aquestes activitats, l'alumnat ja les realitzava anteriorment a la seva participació al programa de la UOM, però un gran percentatge les han començat a realitzar arran de cursar una assignatura determinada, o formar un grup de companys amb un interès similar en algun camp o àrea i iniciar així el seu desenvolupament.

Hem de destacar que les activitats que solen realitzar en el seu temps d'oci són molt variades i s'engloben normalment en aquests sis grups d'activitat: 1. Esportives, 2. culturals, 3. mediambientals, 4. manuals, 5. tecnològiques, i 6. altres activitats. En la següent taula es resumeixen les activitats amb més detall:

Taula 4 |

Activitats durant el temps d'oci	
Activitats esportives	Bicicleta, futbol base, gimnàstica de manteniment, natació, pilates, ioga, taixí, vetlla, tennis, aquagym, senderisme, excursionisme i marxa nòrdica
Activitats culturals	Ball, coral, teatre, música (guitarra, ukelele acústic, llaüt, harmònica), lectura, pintura, concerts, cinema, conferències i exposicions

continua

Activitats durant el temps d'oci	
Activitats mediambientals	Jardineria, floristeria i agricultura
Activitats manuals	Manualitats, restauració i labors
Activitats tecnològiques	Informàtica i fotografia
Altres activitats	Cuina, idiomes, viatges, egiptologia i policromia

Les activitats a les quals dediquen el seu temps d'oci són molt distintes i tenen una presència molt similar les relacionades amb l'activitat física i les activitats més culturals i socials. En un estudi de Macías (2013) es pot observar que el percentatge de realització d'alguna activitat física esportiva ocasional correspon al 54,2% de la mostra, tot destacant que el 35,6% de les persones grans entre 65 i 74 anys realitzen principalment excursions al camp.

En el cas de les activitats culturals es pot observar que són moltes i molt variades i que engloben tot tipus d'esdeveniments, des de ballar, cantar i actuar, fins a participar en exposicions, conferències i activitats artístiques en general. L'afició en la qual més adults grans coincideixen és la lectura, amb un 89% del total. Segons Martínez i Criado (2008), el conjunt de la població gran participa de la lectura per sota del percentatge del conjunt de la població, en un 49,1%. En aquest cas, es pot pensar que pel fet que la mostra es realitzava, en aquell moment, en un programa educatiu, aquest fet pot facilitar l'hàbit de la lectura. Amb una mostra similar trobem que el 83,6% llegeix el periòdic o un llibre freqüentment, sent els homes els que ho fan en un percentatge més elevat que les dones, un 93% enfront d'un 81,1% respectivament (Macías, 2013), percentatge molt similar al que es reflecteix en aquest estudi.

De cada vegada més ens trobem amb una quantitat més elevada d'alumnat més gran de 50 anys que sol·licita participar en aquest tipus de programes, les aules es troben plenes, però la participació que s'observa a la universitat no només queda a les aules, sinó que va més enllà. La millora de les condicions de salut ha permès que la població espanyola augmenti de manera significativa. El col·lectiu que més ha crescut ha estat el de les persones més grans de 65 anys, ja que des de 1900 a 2013 s'ha incrementat per gairebé nou vegades (IMSERO, 2014). Per tant, el fet de sentir-se bé i actius afavoreix la participació en activitats extracurriculars i fer-ho d'una manera molt diversa.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A. i Pujol, R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España 2015. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, *Informes Envejecimiento en red*, núm. 10 [Data de publicació: 22 gener 2015].

Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores, AEPUM (2012) *Boletín monográfico del AEPUM*, núm. 1 Juliol. En línia: <<http://www.aepumayores.org/es>>.

Csikszentmihalyi, M., Cuenca, M., Buarque, C. i Trigo, V. (2001). *Ocio y desarrollo. Potencialidades del ocio para el desarrollo humano*. Documentos de Estudios de Ocio, 18. Bilbao: Universidad de Deusto.

Cuenca, M. (2004). Las experiencias de ocio. *Boletín ADOZ. Revista de Estudios de Ocio*, 28, 15-18.

Cuenca, M. (coord.). (1997). *Legislación y política social sobre ocio y discapacidad. Actas de las II Jornadas de la Cátedra de Ocio y Minusvalías*. Documentos de Estudios de Ocio, 5. Bilbao: Universidad de Deusto.

Driver, B. L., Brown, P. J., i Peterson, G. L. (1991). *Benefits of leisure*. State College: Venture.

Dupuis, S. L. i Smale, B. J. A. (1995). An examination of relationship between psychological well-being and depresión and leisure activity participation among older adults. *Loisir et Spicété*, 18(1), 67-92.

EDE Fundazioa (2013). *La participación social de las personas mayores en la CAPV. Sistema de indicadores*.

Fernández, R. (2011). Envejecimiento saludable. Congreso sobres Envejecimiento. La investigación en España. Madrid, 9-11 de març.

Fernández, R. et al. (2006). Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA). Madrid, IMSERSO, *Estudios I+D+i*, núm. 38. [Data de publicació: 1 agost 2007]. En línia: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-38.pdf>>.

Guillem, P., Mir, R. i Munar, M. (2011). Universidades y Asociaciones de Alumnos ante el reto educativo del siglo XXI. A: Leal, E. (coord.) *Actas de las X Jornadas sobre Asociacionismo en los Programas Universitarios para Mayores: Función de las Asociaciones en los PUMs*. (pp. 193-202). Valladolid: Universidad de Valladolid.

Henderson, K. A. (2002). La vivencia del ocio durante la tercera edad desde la perspectiva de género. *ADOZ Boletín del Centro de Documentación en Ocio*, 24, 15-21.

Herreros, F. (2000). Social Capital, Associations and Civic Republicanism. A: Saward, M. (ed.) *Democratic Innovation: Deliberation, Association and Representation*. Londres: Routledge.

Herreros, F. (2004). *The Problem of Forming Social Capital: Why Trust?* Nova York i Londres: Palgrave.

IMSERSO (2011) *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

IMSERSO (2015). *Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Iso-Ahola, S. E. (1980). *The social psychology of leisure and recreation*. Dubuque: W.C. Brown.

Iso-Ahola, S. E., Jackson, E. i Dunn, E. (1994). Starting, ceasing and replacing leisure activities over the life-span. *Journal of Leisure Research*, 26(3), 227-249.

Katz, S. (2000). Busy bodies: activity, aging and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 135-153.

Kelly, J. R. i Steinkamp, M. W. (1986). Later life leisure: how they play in Peoria. *The Gerontologist*, 26, 401-418.

Lemieux, A. (1997). *Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación*. Madrid: IMSERSO.

Levi, M. (1997). *Consent, Dissent and Patriotism*. Cambridge: Cambridge University Press.

Macías, L. (2013). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores que realizan un programa educativo*. [Memòria d'investigació] Facultad de Ciencias de la Educación, Departamento de Pedagogía y Didácticas Específicas. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Martínez, S. i Gómez, I. (2005). El ocio y la intervención con personas mayores. A: Pinazo Henandis, S. i Sánchez Martínez, M. (dirs.) *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 433- 454). Madrid: Pearson Educación.

Martínez, M. I. i Criado, S. (2008). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO

OMS. (2011). En línia: <<http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx>>.

Puig, T. (1990). El ocio como proceso natural y su transformación ante la evaluación social. A: AA. VV. *III Jornadas Minusválías: ocio y tiempo libre* (pp. 29-34). València: Generalitat de València.

Putnam, R. (1993). *Making Democracy Work. Civic traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.

Schooler, C. i Mulatu, M. S. (2001). The reciprocal effects of leisure time activities and intellectual functioning in older people: a longitudinal analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 466-482.

Tinsley, H. E. A. (2004). Beneficios del ocio. *Boletín ADOZ. Revista de Estudios de Ocio*, 28, 55-58.

Vives, M. (2011). L'aprenentatge al llarg de la vida com a element clau dins l'envelliment actiu i la qualitat de vida. A: March, M. (dir.) *Anuari de l'Educació de les Illes Balears, 2011*. Palma: Fundació Guillem Cifre de Colonya / Universitat de les Illes Balears.

Autors

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Formació en dependència i promoció de l'autonomia. Expert universitari en Intervenció en Qualitat de Vida de Persones Grans per la UNED (2013). Diploma d'Estudis Avançats en Ciències de l'Educació per la UIB (2013).

Actualment és el coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) i participa en una comissió de treball de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca en representació de la UOM.

Ha participat en diversos congressos nacionals i internacionals. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) per part de les persones grans, les relacions intergeneracionals en l'educació, l'aprenentatge permanent i la qualitat de vida de les persones grans.

El treball *La importancia de tener buena salud en la autovaloración de la calidad de vida. El ejemplo de los alumnos mayores de las Islas Baleares*, va ser seleccionat i publicat a l'European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education.

YOLANDA LÁZARO FERNÁNDEZ

Doctora en Oci i Potencial Humà per la Universitat de Deusto. Master en Gestió d'Oci i llicenciada en Psicologia. La seva tesi va versar sobre *El derecho al ocio de las personas con discapacidad: análisis de la normativa autonómica del Estado Español (1979-2000)*.

Ha rebut avaluació positiva de l'Agència d'Avaluació de la Qualitat i Acreditació del Sistema Universitari Basc (UNIQUAL). Pertany a l'equip oficial de recerca reconegut pel Govern Basc R2010 UD *El ocio como un factor de desarrollo personal*.

Treballa des de 1994 en Estudis d'Oci, on ha tingut diferents responsabilitats. Entre 1994 i 2004 va exercir el seu treball en la Càtedra Oci i Discapacitat. Des de 2004 és la directora dels programes de Formació Permanent dirigits al públic adult de l'Institut d'Estudis d'Oci. I des de 2014, és directora de *DeustoBide-Escuela de Ciudadanía de la UD*. Docent en diferents programes de la Facultat de Ciències Socials i Humanes: en el grau de Turisme; en programes de postgrau (màster universitari en Direcció de Projectes d'Oci, màster universitari en Organització de Congressos, Esdeveniments i Fires). Docent i directora de

tesi del Programa de Doctorat en Oci, Cultura i Comunicació per al Desenvolupament Humà. També imparteix docència en el títol propi de la UD, Titulat Universitari en Cultura i Solidaritat.

Ha participat en nombrosos congressos i les seves publicacions tracten principalment sobre el dret a l'oci, oci i persones amb discapacitat, i oci, persones grans i educació.

**RELACIONS SOCIALS, INTERCULTURALITAT I
APRENTATGE AL LLARG DE TOTA LA VIDA:
L'EXPERIÈNCIA DE LA IX INTERNATIONAL
SUMMER SENIOR UNIVERSITY A LA UIB**

Relacions socials, interculturalitat i aprenentatge al llarg de tota la vida: l'experiència de la IX International Summer Senior University a la UIB

Carmen Orte Socias
Joan Amer Fernàndez

Resum

La Universitat Internacional d'Estiu per a Gent Gran (International Summer Senior University, ISSU) és una proposta educativa que té l'objectiu de fomentar alhora una experiència d'aprenentatge i de promoció de les relacions socials entre gent gran de diferents països. La finalitat d'aquest capítol és conèixer el perfil educatiu i vivencial dels alumnes participants en aquest programa. D'una banda, emmarcam l'experiència en les seves trajectòries de participació en altres programes educatius per a gent gran. D'altra banda, volem conèixer la manera com aquests membres s'organitzen la vida quotidiana i el temps lliure, per tenir una aproximació qualitativa a les seves condicions de vida i al rol que hi exerceixen els programes educatius. Al capítol, recollim informació quantitativa i qualitativa a partir de qüestionaris i entrevistes semiestructurades. Els principals resultats assenyalen informacions descriptives sobre el tipus d'activitats a les quals els participants dediquen el seu temps i subratllen el vessant relacional de les activitats educatives en les quals estan inscrits. A la discussió i conclusions, assenyalam l'element diferencial que aporta el programa ISSU com a espai educatiu i de foment de les relacions interpersonals de la gent gran en un marc intercultural.

Resumen

La Universidad Internacional de Verano para Personas Mayores (International Summer Senior University, ISSU) es una propuesta educativa que tiene como objetivo fomentar una experiencia de aprendizaje y a su vez de promoción de las relaciones sociales entre gente mayor de distintos países. La finalidad del capítulo es conocer el perfil educativo y vivencial de los alumnos participantes en este programa. Por un lado, se enmarca la experiencia en sus trayectorias de participación en programas educativos para gente mayor. Por otro lado, se quiere conocer cómo los participantes organizan su vida cotidiana y su tiempo libre, para tener una aproximación cualitativa a sus condiciones de vida y al rol que juegan los programas educativos dentro de éstas. En el capítulo se recoge información de carácter cuantitativo y cualitativo, a partir de cuestionarios y entrevistas semiestructuradas. Los principales resultados apuntan informaciones descriptivas sobre el tipo de actividades a las cuales dedican su tiempo y subrayan la vertiente relacional de las actividades educativas donde están inscritos. En la discusión y conclusiones, se destaca el elemento diferencial que aporta el programa ISSU como espacio educativo y de fomento de las relaciones interpersonales de la gente mayor en un marco intercultural.

1. Introducció

Els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida esdevenen instruments no solament per al coneixement, sinó que també són vehicles per a les relacions socials i el benestar personal de la gent gran. En aquest capítol, exposam una iniciativa original de programa d'aprenentatge permanent: la Universitat Internacional d'Estiu per a Gent Gran o International Summer Senior University (d'aquí endavant, ISSU). Fem referència a la VIII edició, que tingué lloc el setembre de 2015, i recollim l'avaluació que en va fer l'alumnat.

La vuitena edició de la ISSU va estar dedicada a la literatura, música i a l'art a Mallorca. En concret, va incloure conferències sobre la figura de Robert Graves, la música clàssica de Chopin, la música contemporània d'Antònia Font, el cinema i el turisme a Mallorca, l'escriptor Baltasar Porcel, i sobre els reptes de la traducció en poesia. També hi va haver un taller de teatre i un altre d'animació audiovisual. Per últim, els participants visitaren l'exposició «The muse and the sea», sobre artistes internacionals que havien fet estada a Mallorca, i anaren d'excursió a la Fundació Pilar i Joan Miró, a la possessió de Son Marroig i a la Cartoixa de Valldemossa. Les dues darreres activitats estaven emmarcades en el taller «Walking on words», de rutes literàries organitzades per la Fundació Cases-Museu del Consell de Mallorca. Com que era un programa en el qual participava gent de diversos països europeus, la llengua de treball va ser l'anglès.

Hi ha diferents investigacions acadèmiques que subratllen la importància de les relacions socials de les persones grans per millorar-ne el benestar personal i la qualitat de vida (Merz i Huxhold, 2010; Huxhold, Miche i Schüz, 2013; Chen i Feeley, 2014). En aquest sentit, els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida promouen la relació social i la comunicació interpersonal, i, per tant, són instruments per millorar la qualitat de vida d'aquest sector de la població.

Merz i Huxhold (2010) exposen que les xarxes de relacions socials són importants per al benestar i la satisfacció vital, especialment en les edats més adultes. Els contactes socials i el suport personal són font de benestar per a les persones grans. En la seva investigació sobre la relació entre benestar i qualitat de les relacions interpersonals, determinen que aquells qui puntuen de manera més alta les relacions també tenen índexs més alts de benestar subjectiu. D'acord amb aquests autors, les relacions de qualitat impliquen més harmonia, més bona comprensió, menys conflictivitat i més bona cura i suport de confiança. Això a banda, continuen Merz i Huxhold (2010), les persones amb relacions socials pobres i, per tant, menys connectades, poden reaccionar negativament a les propostes de suport i cura. Per part seva, Chen i Feeley (2014), en el seu estudi sobre el suport social, la solitud i el benestar en les persones grans, afirmen que, com més suport reben de la parella, família i amics, menys sensació de solitud tenen i millora el seu benestar.

En la mateixa línia de recerca trobam el treball de Huxhold, Miche i Schüz (2013), sobre els beneficis i efectes diferencials que tenen per a la gent gran el fet de tenir amics. Afirmen que les relacions socials milloren el benestar subjectiu, en tant que constitueixen oportunitats per a la participació i la possibilitat de fer activitats en un context social (com ara en els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida). Afegeixen que els contactes socials són importants per al benestar personal i que la gent que manté relacions socials més properes tenen més bona salut i són més optimistes. Per últim, Huxhold, Miche i Schüz (2013) exposen que la implicació de les persones grans en activitats socials els és especialment beneficiosa, si aquestes activitats els fan sentir útils i protagonistes.

L'objectiu del capítol és investigar el vessant social i relacional del programa educatiu International Summer Senior University (ISSU), en el marc d'altres programes educatius i com a instrument per promoure les relacions socials dels participants. Amb aquesta finalitat, vàrem demanar de manera quantitativa i qualitativa a l'alumnat participant sobre l'experiència del programa i sobre el paper que els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida exerceixen en les seves trajectòries biogràfiques. També els vàrem preguntar sobre la seva organització del temps quotidià i del temps lliure, per visualitzar el rol que ocupen els programes en la seva qualitat de vida i en l'àmbit relacional.

2. Mètode

Població d'estudi. 23 alumnes van participar en la vuitena edició de la ISSU. La majoria dels participants (52%) tenien entre 65 i 74 anys, i el 78% eren dones. El 57% de les persones participants vivien soles i un 26%, amb parella. Un 35% dels assistents eren vidus i un 26%, casats. Pel que fa al nivell d'estudis, el 87% tenia estudis universitaris o equivalents. En comparació amb altres iniciatives d'universitats de gent gran (Gairín, Rodríguez-Gómez, Armengol i Arco, 2013), el nivell d'estudis és similar i la mitjana d'edat és lleugerament més alta. Cal destacar que, segons aquests autors, el nivell de formació de les persones que assisteixen a programes universitaris de gent gran sol ser més elevat que el de la població gran en general.

En relació amb l'edat en què començaren programes d'aprenentatge permanent, un 48% ho va fer a partir dels 50 anys i un 43%, en el moment de jubilar-se. El 61% dels participants hi ha assistit per primera vegada, mentre que un 26% anteriorment ja hi havia pres part dues o tres vegades. Tenen coneixement del programa ISSU principalment a través de la informació facilitada pels responsables d'aprenentatge al llarg de tota la vida de les seves universitats (39%) i a través de l'associació d'estudiants grans de llurs universitats (22%). Quant a la qualitat de la seva xarxa social i familiar en cas de dependència, el 74% va afirmar que tenia bona salut, mentre que un 17% va contestar que la xarxa és lleugerament millorable.

Procediment. Al final de l'edició passàrem un qüestionari de satisfacció i avaluació. Incloua també preguntes relatives a l'aprenentatge al llarg de tota la vida i a la qualitat de vida de la gent gran als diferents països (preguntes obertes i tancades). Per al tractament i anàlisi de dades, hem treballat amb full de càlcul i, per a les preguntes obertes, hem fet un buidatge de contingut a partir de categories.

A més dels qüestionaris als 23 participants, hem fet entrevistes obertes i semiestructurades a vuit participants elegits de manera aleatòria. Els participants seleccionats van ser entrevistats per l'alumnat col·laborador que havia pres part en l'organització de l'esdeveniment. Les persones entrevistades van ser set dones i un home, cinc de les quals eren de nacionalitat britànica i tres d'espanyola.

Instrument. El qüestionari d'avaluació i satisfacció inclou un primer bloc de preguntes sobre el perfil de l'alumnat: estat civil, convivència familiar, nivell d'estudis i situació laboral. També els vàrem demanar pel canal a través del qual s'havien assabentat de la celebració de la ISSU. En un segon bloc de preguntes, relatives a la valoració de l'esdeveniment, els vàrem demanar sobre el grau de satisfacció respecte dels tallers, les conferències, les excursions, les activitats i les vetllades. També els vàrem consultar respecte del nivell d'informació rebuda, el material lliurat, l'allotjament. Amb aquest instrument hem recollit suggeriments per a futures edicions.

L'instrument del qüestionari inclou una sèrie de preguntes lligades a l'aprenentatge al llarg de tota la vida i a la qualitat de vida de la gent gran. Primer, sobre l'aprenentatge al llarg de tota la vida, les preguntes volien esbrinar quina experiència tenien els participants en programes educatius per a gent gran, l'edat a la qual s'hi començaren a implicar, les competències personals i d'aprenentatge que, segons ells, adquireixen, així com altres beneficis que té el fet de participar en aquests programes. Segon, sobre la qualitat de vida de la gent gran, els vàrem demanar per les seves xarxes personals de cura i assistència en cas de necessitat. També han respost sobre quins són, segons ells, els principals problemes de la gent gran al seu país.

L'instrument de l'entrevista oberta consta de diferents blocs de preguntes relatives a la qualitat de vida i al rol dels programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida: i) els aprenentatges a la ISSU; ii) la participació en programes educatius com a oportunitat per millorar la qualitat de vida; iii) l'organització del temps quotidià, i, iv) l'organització i les activitats del temps lliure.

3. Resultats

En aquest apartat descrivim tant els resultats quantitius de l'avaluació del programa com les contribucions qualitatives de les persones entrevistades. Els primers fan referència al grau de satisfacció amb la ISSU, als beneficis dels programes d'aprenentatge al llarg

de tota la vida i als principals problemes que té la gent gran als països de les persones participants. Les contribucions qualitatives estan orientades a conèixer la importància dels programes educatius en la vida quotidiana i en el temps lliure de la gent gran assistent a la ISSU.

Recollim el nivell de satisfacció amb les conferències, tallers, visites i vetllades. Les conferències van ser principalment de caire expositiu i inclogueren un torn obert de paraules enfocat a la participació; han obtingut una puntuació de 7.12 (en una escala de 10). Entenem com a tallers aquelles dinàmiques de petit format que tenen un component pràctic i participatiu; han rebut la qualificació de 7.91. La categoria de visites engloba activitats varies, com, per exemple, assistir a museus; han assolit una avaluació de 8. Les vetllades són les activitats que es fan a les nits, després de sopar, a la residència d'estudiants de la UIB, i han obtingut una puntuació de 8.36.

També hem estudiat els beneficis dels programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida en dos aspectes: en les competències d'aprenentatge i en les competències personals. A la taula 1, veiem la prioritització o ordenació que van fer les persones enquestades a partir dels ítems proposats. Aquests elements estan ordenats segons les respostes, i els quocients que apareixen entre parèntesis són la mitjana de les respostes. En el cas de les competències d'aprenentatge, la comunicació oral i escrita, i la capacitat d'anàlisi, apareixen en primer lloc, tot i que les diferents puntuacions són molt semblants. En el cas de les competències personals, les relacions personals ocupen el primer lloc de manera destacada i a continuació vénen bastant seguides les habilitats d'autoaprenentatge, les habilitats de treball en equip i el reconeixement de la diversitat cultural.

Taula 1 | *Els beneficis dels programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida (ordenació feta per l'alumnat)*

Competències d'aprenentatge	
Comunicació oral i escrita	1 (1.73)
Capacitat d'anàlisi	2 (2.08)
Capacitat d'organització	3 (2.39)
Resolució de problemes	4 (2.52)
Gestió de la informació	5 (2.95)
Competències personals	
Relacions personals	1 (1.91)
Autoaprenentatge	2 (3.39)
Habilitats de treball en equip	3 (3.65)
Reconeixement diversitat cultural	4 (3.73)
Pensament crític	5 (4.04)

Competències personals	
Compromís ètic	6 (4.95)
Capacitat d'adaptació	7 (4.91)
Creativitat	8 (5.30)

Vàrem demanar a l'alumnat ISSU que afegís altres beneficis en una pregunta de resposta oberta. Com podem veure a la taula 2, el ventall de respostes és molt divers. Els alumnes destaquen sobretot les qüestions lligades al desenvolupament personal i aprenentatge i a la possibilitat d'augmentar les relacions socials.

Taula 2 | *Els principals beneficis dels programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida (respostes obertes aportades per l'alumnat)*

• Mantenir la ment activa
• Conèixer la realitat d'altres persones
• Sortir de la casa i de la família (ampliar cercles). Obrir nous horitzons
• Desenvolupament personal
• Noves idees i informació. Possibilitat d'aprendre coses noves
• Noves amistats. Possibilitats de relacionar-se amb gent d'edat similar
• Fomentar l'envelliment actiu
• Sentiment d'implicació amb la societat
• Desenvolupar noves habilitats
• Assolir noves fites

Un altre dels aspectes treballats en el qüestionari és la situació i les condicions de vida de la gent gran a cada un dels països de l'alumnat participant, tot destacant-ne els ítems més rellevants.

Taula 3 | *Els problemes de la gent gran al teu país*

• Aïllament social i relacional
• Soledat
• Pensions baixes
• Problemes econòmics
• Benestar físic i de salut
• Recursos sanitaris
• Habitatge
• Risc d'exclusió social
• Dificultats per al suport familiar (motius geogràfics, laborals...)

- | |
|---|
| • Residències de gent gran |
| • Atenció de serveis socials a la gent més envellida |
| • Atenció domiciliària a persones grans dependents |
| • Valoració/imatge social |
| • Discriminació per raó d'edat |
| • Manca de reconeixement social per part de les generacions més joves |

Per altra banda, amb entrevistes obertes i semiestructurades vam treballar aspectes diversos sobre els aprenentatges a la ISSU, la participació en programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida, l'organització del temps quotidià, i l'organització i les activitats del temps lliure.

En primer lloc, en relació amb els aprenentatges a la ISSU, les persones entrevistades van destacar els continguts de l'edició relatius a art, música i literatura. També van assenyalar l'aprenentatge lligat a poder relacionar-se amb persones d'altres països. En el cas de les persones espanyoles, van subratllar la possibilitat de parlar anglès amb alumnat d'altres països europeus. El nivell d'aprenentatge (grau d'especialització temàtica de les activitats) també va ser considerat adequat: ni massa bàsic, ni tampoc massa especialitzat. Van subratllar el vessant de l'aprenentatge intergeneracional, ja que es van poder relacionar amb l'alumnat col·laborador, que era gent d'una altra generació.

«Em semblava un programa interessant en contingut, tant en cinema, art, literatura... Quant a expectatives, venia oberta a qualsevol situació i està bastant ben organitzat» (entrevista 3).

«Bé, relacionar-te amb gent d'altres països que parla un altre idioma i que també té uns altres costums, m'ha agradat molt, tot i que ja tenia bones referències» (entrevista 5).

«La meua experiència és que s'ha escollit un nivell adequat, perquè s'assumeix que tens coneixements sobre els temes, però no necessàriament un coneixement expert» (entrevista 6).

En segon lloc, pel que fa a la participació en programes educatius com a oportunitat per millorar la qualitat de vida, els assistents van apuntar diferents elements a les entrevistes. Van vincular aquesta participació al moment de jubilació (no tots els casos) i van arribar principalment a aquests programes a partir d'amics o de contactes. Van destacar-ne el vessant de desenvolupament mental i educatiu per als participants de més de 55 anys. Les temàtiques són molt diverses: des de l'ensenyament d'idiomes a cursos d'història i cultura general, passant per viatges educatius i culturals. Van assenyalar que els programes els van oferir la possibilitat d'aprendre i interactuar contínuament. Els entrevistats han

concebut els programes educatius no solament com l'aprenentatge d'uns continguts, sinó també d'experiències i de coneixences personals:

«Els programes educatius tenen un benefici enorme per a la gent. No s'han d'aturar mai, han de ser per a tota la vida, perquè la gent no ha d'aturar d'interactuar» (entrevista 6).

«Estendre els coneixements, les experiències i conèixer gent. Conèixer gent és un procés d'aprenentatge, així és com funciona almenys per a mi» (entrevista 3).

«M'ha agradat molt; per a mi ha estat una cosa..., molt bé. Vaig acabar de treballar i les meves activitats eren ben poques, intenses, però poques. Amb la Universitat de Gent Gran m'he ficat a teatre i després també a coral. Això de Mallorca també ho he conegut gràcies a la Universitat de Gent Gran, d'una altra manera no ho hauria conegut. La Universitat m'ha donat molt de si. Me'n parlà una amiga, "per què no ens hi apuntam?"... I jo tenia tant de temps lliure, i allà sorgiren un munt d'activitats en les quals ara estic ficada» (entrevista 7).

En tercer lloc, també vam recollir informacions en les entrevistes relatives a l'organització del temps quotidià. Versaren sobre la manera com els participants organitzaren la seva transició de l'etapa laboral a la de persona jubilada. En vam obtenir respostes diferents: n'hi ha que van destacar la soledat i no sentir-se plenament un ciutadà pel fet de no treballar, i d'altres que van parlar de l'avantatge de disposar del seu propi temps i poder organitzar-se. Algunes persones entrevistades van assenyalar els avantatges de ser sistemàtic amb l'organització i exigents amb un mateix. N'hi va haver d'altres que van exposar la rellevància de situar les relacions socials al centre d'aquesta organització quotidiana:

«Hi ha una dita que diu que, quan et fas gran, has de parlar amb cinc persones diferents cada dia, convé tenir cinc converses diferents. Et manté la ment en marxa. Aleshores, el més important a la vida és mantenir la interacció i no tallar-la» (entrevista 1).

«No em va importar; no va ser difícil la transició a la vida de jubilada. És més difícil ara que fa un temps que em vaig retirar i no sé a què dedicar el meu temps» (entrevista 1).

«Som lliure de fer les coses que no podia fer quan treballava i això m'agrada molt. Està molt bé tenir el teu propi temps i elegir què vols fer» (entrevista 2).

«La meua vida s'ha mantingut dins unes línies similars a èpoques passades, és a dir, practicar esport i tenir vida social. Crec que ho faig de manera sistemàtica. M'agrada tenir un programa d'exigència amb mi mateixa» (entrevista 3).

«El més important de la meua vida quotidiana són els amics i la família» (entrevista 6).

«En el meu dia a dia estic molt ocupada. Vaig a dormir prest i m'aixec a les set i sempre tenc qualque cosa a fer. Activitat física i després classes de llengua. Faig Geologia. També tenc una parcel·la, on tenc verdura i fruita, i allà hi faig molta de feina» (entrevista 8).

En quart lloc, pel que fa al temps lliure, les activitats educatives comparteixen temps amb d'altres de tipus social, com quedar amb amics o amb activitats lúdiques i/o esportives. Les persones entrevistades tenien un perfil de vida activa. Hem de tenir present que el fet de participar en un programa internacional és un filtre important a l'hora de saber amb quines persones grans tractam.

«Camín amb un club de caminar els dilluns i divendres de matí. M'agrada molt el ioga, i en faig els dilluns de matí i els dimecres horabaixa. Els dimarts vaig a classe d'espanyol a la Universitat de Glasgow-Strathclyde. Els dimecres faig de voluntària amb gent discapacitada; les ajudo a unes classes de ioga» (entrevista 6).

«M'agrada caminar, el teatre, el cinema, la lectura, el meu jardí. Sí, tenc una bona vida. Tenc molts d'amics i ens trobam. M'agrada molt cuinar i cuinar per als meus amics» (entrevista 1).

«Aprenc espanyol i xinès mandarí. M'agrada ballar tango i l'excursionisme» (entrevista 4).

«M'interessen els llibres, els esports, la cultura, la música. Estic aprenent a tocar piano, vaig a concerts, tenc una vida molt ocupada. Tenc molts d'amics, i compartim menjars i moltes coses junts. També faig de voluntària amb refugiats» (entrevista 8).

4. Discussió i conclusions

La nostra recerca perseguia conèixer millor el perfil de l'alumnat que va participar a la ISSU, especialment la seva visió sobre el paper dels programes educatius en la millora de la seva qualitat de vida, la xarxa social i la vida quotidiana. En aquest sentit, la ISSU és entesa no solament com una experiència d'aprenentatge, sinó també com un espai per fomentar les relacions socials. Això entronca amb els plantejaments de Merz i Huxhold (2010), que assenyalen la importància de les relacions socials per a la qualitat de vida i els efectes diferencials de tenir amics per a la gent gran.

En conjunt, el grau de satisfacció de l'alumnat participant amb la ISSU és elevat. Aquest alumnat són principalment dones (78%) que tenen entre 65 i 74 anys (52%), i qualifiquen amb puntuacions eevades les activitats del programa, especialment les visites i les

vetlades. Valoren el fet de poder conèixer gent d'altres països i la possibilitat d'aprendre i interactuar contínuament. És un alumnat que entén la contribució dels programes educatius en termes de competències d'aprenentatge i també de competències personals. L'aprenentatge és viscut com una aprenentatge de continguts, però també d'experiències.

Assenyalen com a avantatges dels programes el fet que permeten ampliar cercles relacionals, contribueixen al manteniment d'una ment activa i donen l'oportunitat de conèixer la realitat d'altres persones. És un alumnat conscient que aquests programes promouen el desenvolupament personal i l'augment de les relacions socials. Aquesta promoció de les relacions socials permet evitar situacions d'aïllament social i relacional (habitual entre els problemes de la gent gran als seus països, segons les contribucions dels entrevistats). Quant a l'organització de la vida quotidiana i el temps lliure, hi situen al centre les relacions socials i els amics, així com les activitats educatives i d'oci.

Quant a les implicacions pràctiques i polítiques de la recerca, cal assenyalar que les experiències educatives internacionals, com el cas de la ISSU, permeten adoptar una perspectiva comparada a escala europea sobre la realitat i les necessitats de l'alumnat de programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida. A més, per a ells és una oportunitat i un escenari per establir relacions interculturals i conèixer la realitat de la gent gran d'altres països. Políticament, els resultats del capítol evidencien que els programes educatius són instruments útils per promoure la qualitat de vida i les relacions socials de la gent gran.

Respecte de les limitacions de l'estudi, cal recordar que les afirmacions del capítol es basen en la recerca a partir de les respostes als qüestionaris d'avaluació per part de vint-i-cinc alumnes i les contribucions de vuit entrevistats. També cal tenir present el perfil determinat de l'alumne gran que participa en aquests programes educatius internacionals, que no necessàriament es correspon amb un perfil més general de la població d'aquesta franja d'edat ni té les mateixes necessitats socials.

Per últim, pel que fa a les línies de futur, la IX edició de la ISSU versarà sobre els estils de vida saludables, la qual cosa permetrà fer una nova recerca, aquesta vegada més orientada a conèixer en profunditat els hàbits saludables de l'alumnat participant.

Agraïments

Els autors volen agrair a l'alumnat col·laborador de la Universitat Internacional d'Estiu per a Gent Gran / International Summer Senior University la seva contribució al treball de camp d'aquest article. Els autors també volen agrair públicament als participants de les distintes edicions de la ISSU la seva col·laboració activa en l'avaluació i l'emplenament de qüestionaris relatius a la satisfacció i al funcionament de les distintes edicions.

Referències bibliogràfiques

Chen, Y. i Feeley, T. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: an analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31, 2, 141-161.

Gairín, J., Rodríguez-Gómez, D., Armengol, C., i Arco, I. (2013). El acceso a la universidad para personas mayores en España. Los programas universitarios para personas mayores: Revisando la realidad. *Revista de Orientación Educativa*, 27 (51), 45-65.

Huxhold, O., Miche, M. i Schüz, B. (2013). Benefits of having friends in older ages: differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69, 3, 366-375.

Merz, E. i Huxhold, O. (2010). Wellbeing depends on social relationship characteristics: comparing different types and providers of support to older adults. *Ageing and Society*, 30, 5, 843-857.

Autors

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació; catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El 1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques i l'educació per a la competència familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat i diverses investigacions europees en el context de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans en diversos països europeus. És la directora de la International Summer Senior University. És subdirectora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB.

JOAN AMER FERNÁNDEZ

Llicenciat i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears. Membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES, <http://gifes.uib.eu>). Les seves línies de recerca són els programes familiars basats en l'evidència, la pedagogia social i la sociologia de l'educació i la família.

**EL VALOR DE LA PARTICIPACIÓ SOCIAL.
UNA APROXIMACIÓ A LA VIVÈNCIA DE
PERSONES GRANS QUE PARTICIPEN EN LES
SEVES ASSOCIACIONS**

El valor de la participació social. Una aproximació a la vivència de persones grans que participen en les seves associacions

Carlos Vecina Merchante
Margalida Vives Barceló

Resum

La participació social està relacionada amb els drets de la ciutadania, concretats en la recerca de més benestar de les persones. Dins aquest marc, es poden fer aproximacions diverses, des del més global al més concret. En aquest cas, aquest estudi se centra en la manera com és viscuda aquesta participació per part de persones grans a través de la vinculació amb les seves associacions. Es tracta d'aproximar-se a la vivència entorn de les relacions veïnals, familiars i d'amistat que mantenen i la manera com el centre de gent gran s'ubica dins aquest context, en definitiva, de quin paper ocupa a les seves vides.

Per desenvolupar aquesta recerca, s'ha utilitzat una metodologia qualitativa basada en la tècnica dels grups de discussió, constituïts per persones de 65 o més anys que participen o inclús gestionen aquests centres. Els resultats posen de manifest la importància d'aquests espais d'interacció per afavorir un envelliment actiu i saludable.

Resumen

La participación social está relacionada con los derechos de la ciudadanía, concretados en la búsqueda de un mayor bienestar de las personas. En este marco se pueden hacer diversas aproximaciones, desde lo más global a lo más concreto. En el caso que nos ocupa, este estudio se centra en la forma en que es vivida la participación por las personas mayores a través de la vinculación con sus asociaciones. Se trata de una aproximación a la vivencia en torno a las relaciones vecinales, familiares y de amistad que mantienen y la forma en que el centro de personas mayores se ubica en este contexto, en definitiva, de qué papel ocupa en sus vidas.

Para desarrollar esta investigación, se ha utilizado una metodología cualitativa basada en la técnica de los grupos de discusión, constituidos por personas de 65 ó más años que participan o incluso gestionan estos centros. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de estos espacios de interacción para favorecer un envejecimiento activo y saludable.

1. Introducció

Les dades ens mostren que el col·lectiu de persones de 65 anys o més cada vegada és més significatiu, en termes estadístics, però també en els estudis i inquietuds que desperten les estratègies d'intervenció entorn de l'atenció social d'aquesta població. La literatura que tracta d'aquest tema ens adverteix de la importància de tenir vida activa per garantir certes cotes de benestar; també de com el fet de mantenir xarxes de relacions garanteix

uns mínims de salut psicosocial, concretament de la interacció amb el veïnat, la família, els amics i la comunitat pròpia com a espais saludables per a les persones. Possiblement mantenir aquests vincles té efectes més positius per al seu estat d'ànim i les capacitats per enfrontar-se a les dificultats de la vida diària que un tractament biomèdic, centrat únicament en qüestions biològiques i degeneratives pròpies de l'edat.

Les associacions de persones grans duen a terme un treball molt significatiu; són espais lúdics que ofereixen multitud d'activitats adaptades i destinades a cobrir els interessos d'aquesta població. Malgrat les dificultats econòmiques que pateixen, continuen donant un servei molt valuós que difícilment podria assumir l'Administració de manera directa, simplement pel fet que responen a un moviment comunitari des de la base. Es tracta de la ciutadania mateixa organitzada, que dóna respostes a les seves necessitats i inquietuds. Resulta interessant aproximar-se a la manera com les persones grans viuen la participació dins aquests centres, a partir de la seva vida quotidiana i les relacions que mantenen amb el veïnat, la família i les amistats des de la vivència com a ciutadania participativa.

Aquest estudi se centra a esbrinar aquests factors a partir de l'anàlisi del text extret de grups de discussió, una metodologia que facilita el debat i l'aflorament de discursos i opinions diverses. Això ha servit per conèixer experiències concretes i les diferents posicions que han anat adquirint les persones participants.

2. La dimensió social de les persones grans al segle XXI

Actualment a Espanya hi ha prop de 8,5 milions de persones més grans de 65 anys, un 18,4% de la població total, un 15,1% del qual a les Illes Balears (Abellán i Pujol, 2016). Aquest nombre, segons les previsions de l'INE, seguirà pujant fins a arribar quasi al 40% de la població el 2061. Hi ha tres elements que cal tenir presents a l'hora d'analitzar aquest fet: el primer fa referència a la dinàmica de la piràmide poblacional, condicionada, entre altres, per la generació del *baby-boom*; el segon es refereix a la diferenciació entre les zones rurals i les urbanes, ja que a les primeres el percentatge de persones grans sobre la població general de la zona és del 27,9%, i el tercer és la diferenciació per sexe, ja que, en el grup de 65 anys o més, hi ha un 33% més de dones que d'homes. En aquest sentit, cal recordar que l'esperança de vida dels homes se situa als 80 anys, mentre que la de les dones als 85,6 anys (Abellán i Pujol, 2016).

Dins la conceptualització de la qualitat de vida i l'envelliment actiu, la dimensió social té un pes similar a la dimensió psíquica i física (Van der Maesen i Walker, 2011; Fernández-Balletes, Zamarrón i Macià, 1996, entre d'altres). Aquesta importància està determinada pels efectes demostrats entorn del benestar de la persona. Especialment dins la cultura medi-

terrània la família és font de suport social informal i institucional (Ballester i Macías, 2015). Així doncs, l'anàlisi del grup de persones grans ha de tenir present no sols el curs vital de la persona, sinó que cal incorporar-hi la dimensió social, la posició econòmica i la dimensió de gènere. Aquesta conceptualització marcarà la valoració de les condicions de vida i també estarà condicionada per l'anomenat *estat del benestar*, així, per exemple, segons l'*Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de Dependencia* (EDAD) del 2008, el 38,8% dels homes és cuidat per la seva parella, mentre que el percentatge disminueix fins al 12,5% quan és la dona qui és cuidada per la seva parella (Abellán i Pujol, 2016).

Finalment, dins la nostra societat actual, no podem deixar de banda les tecnologies de la informació i de la comunicació (TIC) dins la dimensió social, la qual pot determinar la configuració de les xarxes socials i del suport social de les persones grans. És cert que suposa l'alfabetització digital de les persones grans i l'intent de fer minvar tant com sigui possible la bretxa digital (Pino, Soto i Rodríguez, 2015).

3. La participació social de les persones grans

Duque i Mateo (2008) apunten a diverses formes de participació social de les persones grans: associacionisme, voluntariat, activitat política, educació permanent, oci i temps lliure, i altres formes, com ara aquelles vinculades amb les creences religioses o el turisme.

Un element important per poder fer activitats relacionades amb la participació social, tant de tipus familiar com comunitari, és la dimensió psicològica i la dimensió física. Per aquest motiu, cal tenir present la valoració que fan les persones grans del seu propi estat de salut que, segons Abellán i Pujol (2016), està condicionada per malalties viscudes, característiques personals de cada individu i altres raons socioeconòmiques i residencials.

L'estudi d'Abellán i Esparza del 2009, replicant les dades de l'*European Social Survey* (2008), confirma que a Europa es creu que les persones grans tenen més influència sobre els costums i estils de vida. Aquesta influència augmenta quan ens fixem en la participació dins la família. En l'àmbit econòmic (el 89,1% a Espanya i el 86,8% a Europa ho consideren molt important) i la cura dels néts (el 77% i el 76,6% respectivament) són dos dels aspectes més destacats, mentre que en l'àmbit social, ho són les tasques de voluntariat.

Un aspecte que cal tenir en compte és la diferenciació de gènere. En aquest sentit, el 2009 cap dona no ocupava un càrrec màxim en les direccions sindicals (Duque i Mateo, 2008), tot i que la representació de persones més grans de 55 anys era d'un 57%. Les Illes Balears és la comunitat amb l'índex més alt d'associacionisme (81,6%) en la franja d'edat de la tercera edat, i la mitjana d'Espanya és el 47,1%, tot i que, si ens fixem en accions

solidàries, el grup de persones grans és la que menys accions fa en comparació amb altres grups d'edat. Aquestes solen ser donar doblers, roba i aliments alguna vegada (40,8% i 52,5% respectivament), si bé trobem resultats contraris quan analitzem la participació quant a voluntariat, en què el grup de persones grans és el que més en fa (22,5% en comparació amb la mitjana de 12,4%). Aquestes activitats són molt diverses. Estan relacionades amb associacions religioses (3,1%), associacions veïnals (2,3%) i assistència social (2%). En aquest indicador també trobem diferències de gènere: quan les dones es dediquen més a fer activitats relacionades amb activitats religioses, drets humans o educació, els homes grans es decanten per activitats de voluntariat relacionades amb activitats esportives, mediambientals o polítiques.

Quant a la participació social dins la família, cal tenir present el concepte de solidaritat intergeneracional, però, sobretot, el del padrí cuidador. És cert que aquest rol està determinat per la cultura i la societat (és a dir, què reclama o exigeix la societat actual a les persones grans que es converteixen en padrins?). Per aquest motiu, en les cultures mediterrànies, no sols els padrins es mantenen com un pilar dins la família, com a transmissors de valors, sinó com una font de suport familiar bàsic en la cura dels néts, i d'influència, entre altres coses, en les relacions afectives entre pares i fills, en què es treballen pautes educatives o es fan tasques de modelatge d'actituds i conductes positives (Gomila i Pascual, 2012). El 1992, Kennedy ja explicava que la majoria d'activitats que fan padrins i néts són: sociabilitat, companyonia, ajuda a padrins en tasques de la llar, esdeveniments comunitaris i entreteniment fora de la llar.

També cal esmentar una font de suport important: el veïnat, que pot presentar els avantatges de convertir-se en una font important de suport, especialment en situacions d'emergència o en suport material i emocional quan és necessari, o convertir-se en una via d'integració i participació comunitària. També cal tenir present que aquesta es pot veure minvada per les condicions actuals de la societat (més individualista) i el ritme del dia a dia, que pot fer que sovint ni es conegui el veïnat (López, 2004).

A partir d'aquest plantejament, la intenció de l'estudi que ens ocupa se centra en l'apropament al discurs de persones grans que participen socialment en una associació o club de la tercera edat. Partint de la premissa de donar per fet que això els reporta una millor qualitat de vida, pareix que aquesta hipòtesi es confirma a l'hora d'analitzar els discursos tractats. Volem anar més enllà i conèixer també formes de viure, la participació, situacions familiars, relacions amb altres persones, amiatat, què representa per la gent gran assistir a un centre o inclús ser responsable que aquests funcionin. Per acabar, ens interessa apropar-nos a la forma com aquests factors es posen de manifest per a ells i elles a partir del debat entorn de la participació social i l'existència d'associacions de persones grans.

4. Metodologia

S'han creat dos grups de discussió entre persones participants en centres de persones grans, d'ambdós sexes, dissenyats a partir de la combinació 4 plantejada per Ballester (2004). Es tracta de grups heterogenis internament i externament, per la qual cosa s'espera que es generin el màxim de posicions discursives, tant dins els grups com entre aquests.

Taula 1 | *Característiques de la mostra i grups de discussió*

Identificació	Data	Lloc	Composició
Grup 1 (6 membres)	Abril (2016)	Palma	Persones de 65 o més anys, d'ambdós sexes, que participen en diferents centres (clubs independents), on, a més, tenen alguna responsabilitat, i persones que assisteixen i participen en activitats (pertanyen a tres associacions: Associació de Gent Gran Bona Gent, Associació Cultural l'Arrabal de Sta. Catalina i Llar Parroquial per a Persones Grans Sta. Catalina Thomas).
Grup 2 (6 membres)	Abril (2016)	Palma	Persones de 65 o més anys, d'ambdós sexes, que participen en activitats desenvolupades en un centre. Uns, a més, fan de professors voluntaris i altres simplement hi participen, llar de gent gran (gestionada des de l'Administració, Llar d'Avinguda Argentina) però que funciona com una associació, inclús té junta directiva. No és un centre de dia, sinó un centre on s'ofereixen activitats.

5. Anàlisi dels resultats

A partir dels grups de discussió, s'ha classificat el contingut de les diferents aportacions. El resultat s'ha dividit en dos grans temes: d'una banda, les diferents relacions socials i la forma que adopten entorn del veïnat, la família i les amistats i, de l'altra, la relació amb el centre, on surten aspectes com la participació i valoració de les activitats, la seva implicació i, en definitiva, què representa per a les seves vides l'existència d'aquests espais de relació.

5.1. Relacions socials: veïns

Les persones de l'estudi manifesten tenir unes bones relacions amb els seus veïns. Sembla que hi ha un fet que destaquen alhora que es compleixi aquesta circumstància. Es tracta de viure en una comunitat amb pocs canvis residencials. Les relacions es van teixint amb el temps i l'estabilitat de residència és un factor de pes perquè això es produeixi. En altres estudis es plantejava la dificultat de les relacions entre persones grans i veïns joves nousvinguts (Vecina, 2011). Possiblement aquest fet estava relacionat amb zones de notable canvi residencial i demogràfic. En el cas que ens ocupa, el factor edat no es considera un problema, sinó tot el contrari, ja que la joventut dóna vida i també el record

d'un temps passat que, així, torna a ser present. A més, les persones grans poden acabant convertint-se en un referent per a la comunitat. Alguns dels participants ho manifestaven d'aquesta manera:

«Tots són molt joves, el més gran deu tenir 40 anys, però la veritat és que hi ha molt de respecte [...]. Ens ajudem si necessitem alguna cosa [...]. De fet, si hem de fer una reunió, tothom ve a casa meva...» (GR. 1: 20, 37, 70).¹

«Durant anys hi ha hagut nins. Aquests s'han fet grans i han partit. Durant molt de temps tot és silenci a la finca. Tots som grans i deixes de sentir els nins jugant per l'escala, als balcons, als portals... No se sent res, únicament l'ascensor, però curiosament aquests nins que se'n varen anar, ara estan casats, tenen fills i visiten els padrins. Ara es tornen a sentir les rialles dels infants per l'escala i a les cases. De vegades em quedo escoltant perquè dóna alegria sentir els infants, donen vida!» (GR. 1: 80).

5.2. Relacions socials: família

A l'hora de parlar de les relacions familiars, apareixen diversos temes que formen part de la vida quotidiana, però que d'alguna manera mostren també la forma com són viscudes. Afloren sentiments de nostàlgia de persones que van desaparèixer de les seves vides, però que romanen en la seva memòria. Les realitats són diverses. Trobem persones vídues que tenen una vida molt activa i superen la situació sense forts sentiments d'enyorança o soledat, i d'altres que viuen aquesta situació de forma diferent, amb més tristor quan recorden el difunt. Les dades que es presenten en aquest estudi no poden considerar-se significatives, però donen pistes sobre diferents realitats. En els casos que hem trobat als grups de discussió, es mostra una correspondència entre el rol desenvolupat per la dona. La relació de gènere pot limitar la seva vida actual mentre que hi ha altres casos de persones que han tingut una experiència vital amb més mobilitat (un treball dinàmic, més independència, etc.) i que afronten millor les circumstàncies d'adaptar-se a una nova realitat.

«El més important, la família, que s'entengui. Malgrat que jo no puc xerrar perquè no tinc parella. Fa deu anys que el meu home va morir i no tinc res més. Me'n vaig per aquí i per allà i ja està. Bé, tinc fills, però...» –plora i una altra participant li agafa la mà– (GR2: 274).
«El meu company dels darrers anys va morir i visc tota sola. Això sí, sola perquè vull; m'agrada estar així.» «Tinc tres fills, però no guardo relació ni amb ells ni amb la que va ser la meva esposa, però estic molt bé.» (GR2: 44).

¹ Per fer referència al grup de discussió d'on s'ha extret la informació, s'identifica el grup i seguidament la darrera línia dels fragments de la transcripció citats.

A l'altre extrem trobem persones amb una família que roman molt unida. Això situa les persones grans en una doble tessitura. D'una banda, seguir fent una activitat que els absorbeix molt de temps, bona part dedicada a ajudar els fills en diverses qüestions. I, d'altra banda, no rompre una dinàmica que han dut al llarg de la seva vida i que també els reporta gratificacions.

«Familiarment estem molt units; els caps de setmana, on va un, anem tots. El que tinc per família ho voldria per a tothom. Em produeix molta tristor veure que la família dels companys i companyes se n'ha oblidat [...]. Els meus fills em deien que em jubilàs perquè mai m'aturava. Ara estic jubilat i són ells els que continuament em demanen si els puc ajudar. Sempre estic ocupat. La família som com una rosa: els pètals sempre estan units.» (GR1: 30).

El que és clar és el fet que en tots aquests casos la participació social està integrada de forma complementària amb cada una de les diferents vides quotidianes dels subjectes estudiats.

5.3. Relacions socials: amistat

Els centres de gent gran representen un espai únic per a la interacció social, per afavorir o continuar les relacions d'amistat de les persones que hi assisteixen. Un espai de trobada al qual donen molta importància, on es fomenten les amistats i es permeten mantenir relacions de persones que encara són veïnes dels barris propers.

També es creen noves relacions, de vegades molt duradores. Pareix que la solidaritat es posa de nou de manifest entre els valors principals de les persones grans, a l'hora de tenir cura dels seus companys i companyes, de vetllar pel benestar dels altres, mantenir actituds altruistes i d'entrega i servei per als altres. Això es posa de manifest quan es preocupen per l'estat de salut de les seves amistats o veïns, o de les persones que assisteixen al club.

«Ens coneixem de nines. Tenia la botiga devora i anàvem a escola juntes [...]. Les altres són persones d'aquí [...]. És com una família nova i ens sentim molt a gust totes [...]. Ens avisem quan una està malalta...» (GR: 286, 312).

5.4. Participació en activitats

Hi ha una conscienciació generalitzada, almenys entre els subjectes participants en l'estudi, entorn de la importància de la salut i la relació directa amb la participació en activitats diverses. Les més valorades són les que impliquen un entrenament mental (memòria, habilitat, etc.), l'exercici físic (gimnàstica, ball, tai-txi, etc.) i les que afavoreixen les relacions a més de la possibilitat de conèixer altres indrets, com ara petites sortides organitzades i viatges. Solen ser molt fidels a l'assistència a les activitats a les quals s'inscriuen. Hem

trobat persones que fa més de vint anys que fan alguna activitat i que, a més, mantenen la constància i dedicació necessàries per dur-la a terme, inclús superant les dificultats i limitacions pròpies de l'edat.

«El metge, perquè tenia molt mal d'esquena, em va receptar que anés a fer un poc d'exercici [...]. Fa uns vint anys que vinc a ioga.» (GR2: 77, 88).

«Vaig haver de deixar el ioga. Tinc tots els ossos romputs –riu–. Però jo faig el que puc. Estic molt contenta de venir aquí.» (GR2: 97,100).

Així, podem trobar persones que començaren a fer una activitat a partir d'una recomanació del metge, altres per a qui participar-hi representa recuperar pràctiques que feien de joves i que varen haver d'abandonar per motius diversos, altres que la veuen com una excusa per estar actives o simplement per rompre la soledat i la inactivitat que poden tenir en la seva vida la resta del dia.

«Vaig fer gimnàstica alguns anys, però després, amb els al·lots, la vaig deixar. Ara tinc 82 anys i ja en fa..., en fa alguns que vinc, sempre m'ha agradat.» (GR2: 139).

«Quan em vaig retirar, m'hi vaig apuntar i durant anys vaig fer de tot: manualitats, ceràmica..., però després vaig trobar que havia de fer altres coses, no tan sols pintar, no. Vaig demanar per venir aquí a tai-txi.» (GR2: 181).

«El temps que passes al local fent una activitat per millorar la memòria, o el que sigui, no el passes davant l'estufa o el televisor, sense res més per fer, veient passar les hores [...], per exemple, amb la música d'altre temps. T'agrada recordar, et trasllada a la teva joventut.» (GR1:125).

En un moment d'un dels grups, es crea un debat entorn de les diferències per sexe i la participació. Segons els interlocutors, les dones s'inscriuen més a activitats com tai-txi, gimnàstica i ball de bot, mentre que els homes participen més en altres activitats tranquil·les, com ara sortides, formar part d'algun grup de música, teatre, jocs de taula, etc.

«Això de les diferències entre homes i dones és relatiu, perquè a la meva associació hi ha més homes que dones. Penso que la participació està relacionada amb el tipus d'activitats, per exemple al ball de bot sempre hi ha més dones...» (GR1: 149).

En relació amb l'oferta d'activitats i les possibilitats de participar-hi, hi ha un tema que surt sovint. Es tracta de les facilitats pels preus baixos d'aquesta oferta. Els interlocutors posen de manifest els escassos recursos econòmics de moltes persones grans i afirmen que, gràcies a l'existència d'aquests centres, es poden permetre practicar un esport, tenir una

vida activa i saludable, poder passar una estona agradable amb els amics i coneguts. Inclús apareix el tema del gènere relacionat amb la feminització de la gent gran.

«Els preus de les activitats, menjar i beguda, són molt bons i això et permet poder gaudir d'aquests serveis, perquè, en el cas de les dones, tenen en contra que les pensions solen ser més petites. Aleshores, si no fos així, moltes no s'ho podrien permetre. Són una alternativa per a les persones grans, per moltes coses, però també pel preu baix.» (GR1: 102).

5.5. Vida personal i vinculació amb el centre

Dins d'aquest apartat, es pretén posar de manifest aquelles qüestions més personals, de vinculació amb el centre, que puguin anar més enllà del fet de participar com un més. Es tracta de la veu de persones que hi aporten una part de la seva vida fent voluntariat, ajudant al fet que els centres funcionin i les persones puguin tenir un espai on desenvolupar activitats. Hem volgut aprofundir una mica en l'experiència d'aquestes persones: què representa per a elles aquest grau d'entrega i participació, en definitiva, com el viuen i el senten. Hi ha persones convertides en professores o monitores d'activitats de manera altruista i altres dedicades a la gestió dels centres de persones grans.

Per a aquestes persones, la seva acció representa un servei a la comunitat i a elles mateixes, principalment perquè consideren que reben més del que aporten i manifesten molta gratitud per poder desenvolupar aquesta tasca. Hi ha casos de persones que eren professionals, per exemple professores, i, una vegada retirades, sentien una sensació de tristor perquè no podien seguir aportant a la societat el seu capital cultural, el seu coneixement, la seva llarga experiència. També es donen altres situacions, com ara la de persones que han participat en activitats al centre i han acabat convertint-se també en monitores, professores, etc. Per a elles és molt important, els permet recuperar un sentit de continuïtat del que han fet tota la vida o, si no és el cas, almenys tenir l'oportunitat de desenvolupar tasques que han descobert ara, que havien desitjat fer i no havien pogut mai, o simplement ha estat una experiència improvisada, fruit de la casuística, convertida ara en una il·lusió que omple les seves vides i dona sentit a la seva dedicació. En els fragments següents podem aproximar-nos a aquests sentiments:

«I em va dir: "Mira, no hem tingut mai un professor que donés classe aquí [...] i ho vaig provar i fins ara. I no ho deixaria per res [...]. El dimarts és el dia més bo de la setmana per mi (és quan fa les classes). Estic entre els néts [...], però aixecar-me i dir: "he de venir a classe (sospira i s'emociona) [...] és com tornar a La Salle a fer feina (mentre plora) i quan sóc aquí... vull gaudir-ne!"» (GR2: 41,326).

«Sóc voluntària a la classe de ioga, per als principiants [...]. Me'n vaig anar a l'Índia, em vaig treure el títol de professora de ioga, em vaig dedicar als nins i un dia vaig entrar aquí com a alumna i ara com a professora, com a voluntària.» (GR2: 126).

Gestionar un centre, intentar mantenir un espai obert per a la comunitat, resulta molt complicat per la manca de recursos i l'elevat cost (consum de corrent, aigua, lloguer, etc.) «fins que es tornin a reactivar les subvencions. Sense això és molt difícil, molt difícil mantenir obert un club amb les despeses que comporta.» (GR2: 166). Es manifesten descontents perquè han de mantenir una lluita permanent per aconseguir doblers a través de subvencions, etc. Consideren que la seva tasca estalvia a l'Administració molts doblers i serveis d'atenció a les persones grans.

«El govern o l'Administració en general hauria de pensar molt en el paper social de les associacions i com els solucionem l'atenció a les persones grans que ells no cobreixen.» (GR1: 160).

A pesar de les dificultats, n'estan orgullosos i tots manifesten que és una acció molt important i una manera de dedicació als altres, un servei a la comunitat. «Jo trobo que tenint el local obert, ja no faig una cosa únicament per una altra persona, sinó per moltes cada dia...» (GR1: 117).

5.6. Què els aporta en definitiva assistir a un centre de persones grans?

La participació es converteix en una prioritat per a les persones de l'estudi, tant, que són capaces d'anul·lar una visita al metge per no deixar d'assistir al centre: «Vaig canviar el metge per poder venir [...]. Vaig dir una mentida, però passava més gust de venir aquí...» «No, per mi el ioga també és sagrat!» (GR2:231).

En primer lloc, és una sortida de la rutina diària. Implica tenir alternatives per ampliar les amistats i poder estar obert a noves interaccions socials. Per a moltes dones, representa un alliberament del rol de gènere, inherent a la seva biografia i cultura. És una manera de poder sortir de casa seva. Moltes es queixen de les seves parelles i la seva poca sociabilitat. Amb l'excusa d'assistir al centre, elles poden sortir i gaudir del que més els agrada.

«Per mi, venir aquí és una sortida molt bona, perquè el meu home és d'un caràcter poc xerrador, està molt amb l'ordinador, la televisió [...]: "I què hem de fer per dinar?", i poc més. I jo aquí m'ho pas estupendament.» (GR2: 211).

Una de les qüestions plantejades als grups de discussió es referia al fet de pensar en la desaparició dels centres de persones grans. Els interlocutors coincidien en la tasca tan positiva desenvolupada per aquests centres, la relació directa amb el seu benestar i qualitat de vida, en definitiva, la dificultat d'imaginar-se en l'actualitat una vida sense poder gaudir d'aquest recurs. La millor forma d'apropar-se a la manera com el viuen i les experiències que contaren als debats a manera d'exemple és citar literalment alguns fragments de les seves intervencions:

«Quan vàrem dir de tancar el club, una senyora em va dir: "I què faré jo? M'aixeco dematí, faig dissabte, preparo el dinar, rento els plats i després friso per arreglar-me, posar-me guapa i un dels millors vestits i venir al club [...]. El que tinc aquí no ho puc tenir en un altre lloc: les meves amigues, ball, bingo..."» (GR1:157).

«Les defuncions augmentarien als 65 anys, tornariem enrere en el temps. Jo hauria volgut que el meu pare hagués pogut gaudir del que tenim avui, del que ens ofereixen aquests centres, que hagués pogut gaudir tant com estem gaudint nosaltres ara.» (GR1: 175).

«Les dones hi participen moltíssim. Això els obliga a sortir de casa seva. Si no hi hagués centres, simplement no hi sortirien. A més, n'hi ha moltes que no condueixen i això també seria un impediment. Als clubs s'organitzen excursions i les persones grans poden sortir a altres llocs. A més, ens podem relacionar, parlar amb altres persones de la nostra edat.» «Si no hi hagués centres de persones grans, m'adaptaria al que tinc, però la meua vida seria molt avorrida. Encara, gràcies a l'ordinador, pots entretenir-te cercant informació des de casa teva. A mi m'agrada molt la història i em va molt bé, però no sortiria mai de casa...» (GR1: 189).

6. Conclusions

Començàvem aquest treball posant de manifest la importància de la dimensió social, econòmica i de gènere a l'hora de parlar de persones grans, no només com una qüestió estadística, sinó més aviat des de la consideració d'un entramat de factors que s'articulen amb la seva qualitat de vida i la participació en associacions o centres de la comunitat que ofereixen activitats lúdiques, saludables, educatives, etc. Són diverses les maneres com es posa de manifest la participació i també diferents els àmbits en què es duu a terme. Aquest fet implica una gradació, que va des d'una acció transformadora, de servei i defensa de la ciutadania (en el nostre cas gestionant associacions, fent possible la seva existència) a una acció participativa en la vida social, entorn de la família, el veïnat, les amistats i la relació amb els centres de persones grans (raó d'aquest estudi).

Per a aquestes persones, els centres representen un lloc central en les seves vides. Hi estan totalment integrats, inclús determinen la seva rutina diària. No es tracta d'un espai al qual assisteixen de manera secundària a tota la resta, sinó que moltes vegades tot gira entorn de la seva participació als centres, com a gestors, la qual cosa implica responsabilitats, molta feina i entrega, o bé com a simples assistents a les activitats que s'hi desenvolupen. S'han posat de manifest anècdotes com el fet de canviar una cita amb el metge, deixar les obligacions autoimposades de servir els interessos dels fills i la cura dels néts per poder acudir al centre a donar classes, etc.

Els centres de gent gran afavoreixen l'activitat mental, la formació, la pràctica d'exercici físic, la relació amb persones que comparteixen sentiments propis d'una generació, fomenten i reforcen les amistats, fan sentir útils les persones grans tenint l'oportunitat de continuar contribuint a la societat i als altres. També són espais per compartir i d'ajudar-se mútuament, tenir cura dels amics i companys, poder gaudir d'una vida moltes vegades truncada per les exigències econòmiques, biogràfiques o familiars al llarg de la seva història personal i que ara les poden recuperar. En definitiva, els defineixen com una illa enmig de la quotidianitat, un santuari en què poden continuar sent protagonistes de la seva pròpia vida.

Agraïments

A l'Associació de Persones Grans Bona Gent, a la Llar d'Avinguda Argentina, la seva ajuda per constituir els grups i l'ús de les seves instal·lacions, i a tots els participants i, especialment pel seu suport, a Bernadí Pujol, Miquel Coll i Teresa de Ruz.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A. i Pujol, R. (2016). *Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid. Informes Envejecimiento en Red; núm 14. [22-01-2016].

Abellán, A. i Esparza C. (2009). *La imagen de los mayores en Europa. Datos del 2008 y 2009*. Madrid. Informes Portal Mayores, núm. 96 [25-10-2009].

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-eurobarometro-2009-v1.pdf>

Ballester, Ll. (2004). *Bases metodològiques de investigació educativa*. Palma: Universitat de les illes Balears.

Ballester, L. i Macías, L. (2015). Les xarxes de relacions i suport de les persones grans de Mallorca. A Orte, C. (2015) *Anuari de l'envelliment de les Illes Balears. 2015*. Palma: Universitat de les Illes Balears, Govern de les Illes Balears i Caixa Colònia. 108-122.

Duque, J. M. i Mateo, A. (Coords.) (2008). *La participación social de las personas mayores*. Colección Estudios. Serie Personas Mayores. Madrid: IMSERSO.

Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M.D. i Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO. ISBN: 84-88986-38-6.

Gomila, M. A. i Pascual, B. (2012) Padrins que fan de pares: un dret de l'infant o una obligació per a la persona gran. A Orte, C. (2012) *Anuari de l'envelliment de les Illes Balears 2012*. Palma: Universitat de les Illes Balears, Govern de les Illes Balears i Caixa Colònia. 352-385.

INE (2008). *Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD)*. Madrid: INE.

Kennedy, G. E. (1992). Shared activities of grandparents and grandchildren. *Psychological Reports*, 70, 211-227.

López, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. «Colección Estudios». Serie Personas Mayores. Madrid: IMSERSO.

Pino, M. R.; Soto, J. G. i Rodríguez, B. (2015). Las personas **mayores** y las TIC. Un compromiso para reducir la brecha digital. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 26, 337-359. http://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2015.26.13

Van der Maesen, L. i Walker, A. (Eds.) (2011). *Social Quality: From Theory to Indicators*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Vecina, C. (Dir.) (2011). *Diagnòstic Comunitari: Barri de Son Gotleu*. Palma: Ajuntament de Palma.

Autors

CARLOS VECINA MERCHANTÉ

Palma (1969). Doctor en Ciències de l'Educació (UIB). Llicenciat en Sociologia (UNED), diversos postgraus relacionats amb els problemes socials, la intervenció socioeducativa i la gestió de qualitat. Ha estat sociòleg i tècnic comunitari desenvolupant i assessorant diversos projectes d'intervenció comunitària (Ajuntament de Palma, Institut Marco Marchioni i per altres entitats socials). Va ser adjunt a direcció a la Unió d'Associacions de Persones amb Discapacitat de Balears. Actualment és professor tutor de Treball Social i Antropologia a la UNED, professor associat a la UIB i coordinador del projecte d'Intervenció Comunitària Intercultural (ICI) de l'Obra Social "la Caixa" desenvolupat per l'associació Grup d'Educadors de Carrer i Treball amb Menors (GREC) als barris de Santa Catalina y el Jonquet (Palma). També és membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) i del Grupo Internacional de Investigación Sociológica en Educación (INSOC-20).

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma (1978). Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la UIB. Professora contractada, doctora interina del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Entre les seves línies de recerca principals destaca la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil, i la resolució de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, en què ha treballat amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida en la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de la Gent Fran (IMAS) i participant en la comissió de Protecció del Major d'aquest observatori.

**VOLUNTARIAT D'UN METGE JUBILAT:
UNA EXPERIÈNCIA INTERACTIVA AMB
LA GENT GRAN**

Voluntariat d'un metge jubilat: una experiència interactiva amb la gent gran

José María Tugues Roure
Paula Muñoz Tartalo

Resum

La motivació professional i vocacional va fer que un metge jubilat actiu i saludable proposés impartir una sèrie de xerrades de salut i prevenció en centres i col·lectius de persones majors. Són una sèrie de xerrades breus que trien els participants després d'un índex de patologies anteriorment exposades, van seguides d'un col·loqui debat i, finalment, qualsevol participant pot optar a una consulta individual personalitzada. D'aquesta manera es crea un vincle significatiu que ajuda a aquest col·lectiu a adquirir coneixements, estar interactiu grupalment i no perdre les relacions.

Resumen

La motivación profesional i vocacional hizo que un médico jubilado activo y saludable propusiera impartir una serie de charlas de salud y prevención en centros y colectivos de personas mayores. Son una serie de charlas breves que eligen los participantes después de un índice de patologías anteriormente expuestas, van seguidas de un coloquio debate y, finalmente, cualquier participante puede optar a una consulta individual personalizada. De esta manera se crea un vínculo significativo que ayuda a este colectivo a adquirir conocimientos, estar interactivo grupalmente y no perder las relaciones.

1. Introducció

Després de tota una vida dedicat a la meva professió mèdica en arribar l'hora de la jubilació no sabia si seria capaç de poder omplir molts de les meves estones sense estar vinculat a la meva labor com a metge, així que em vaig plantejar la realització d'una sèrie de xerrades a certs col·lectius, sobretot a la mal dita tercera edat, en la qual jo ja em trobo.

Amb aquests col·loquis que jo he denominat "col·laboració mèdica voluntària" he intentat a apropar-me en diversos col·lectius, també el de la gent gran.

Quan hem plantejat aquest treball pel Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears 2016, ho hem estructurat igual que faríem per a qualsevol congrés de medicina: Objectiu, materials i mètodes, resultats i conclusions. Veiem que aquesta estructuració es segueix en molts articles d'anuaris anteriors i sabem que és un treball diferent que a poc a poc es va consolidant-se.

2. Objectiu

A través d'una sèrie de xerrades, aprofitar l'experiència professional d'un metge jubilat per a certs col·lectius, sobretot el de les persones majors a la illa d'Eivissa, intentant que no es perdi el vincle en la relació mèdic - pacient.

3. Materials i mètodes

Les línies de treball que se segueixen són:

3.1. Sessions temàtiques

Sessions sobre temes mèdics que puguin ser d'interès per als assistents, aquests temes poden ser proposats pels mateixos. Són sessions molt participatives amb intervencions i preguntes dels assistents. S'elabora un calendari de temes podent donar un mínim d'una sessió mensual. Els temes proposats són 11 amb un total de setze sessions i són els següents:

- Alcoholisme
- Al·lèrgia
- AVC-ICTUS
- Càncer (3 sessions)
- Diabetis
- Malalties infeccioses
- Higiene personal
- Primers auxilis (4 sessions)
- Tabaquisme
- Tiroides

A continuació, s'exposen i desenvolupen els temes AVC-ICTUS i el de Diabetis, ja que són les xerrades més freqüentment sol·licitades pel col·lectiu de la gent gran:

ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Els termes atac cerebrovascular (ACV) o accident cerebrovascular (ACV), malaltia cerebrovascular (ECV), infart cerebral, vessament cerebral, o, menys freqüentment, apoplexia són utilitzats com a sinònims del terme ictus.

L'atac cerebrovascular té dues formes ben diferenciades:

ICTUS ISQUÈMIC:

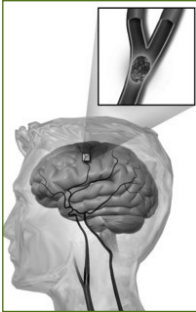
És la disminució del flux sanguini en una zona o àrea del cervell per obstrucció d'un vas cerebral.

ICTUS HEMORRÀGIC:

És l'hemorràgia originada pel trencament de un vas cerebral.

ICTUS ISQUÈMIC

Un atac cerebrovascular isquèmic o atac cerebrovascular oclusiu, també anomenat infart cerebral, es presenta quan l'estructura perd la irrigació sanguínia a causa de la interrupció de sobte i immediata del flux sanguini, la qual cosa genera l'aparició d'una zona infartada i és en aquest moment en el qual ocorre el veritable "infart cerebral". Es deu només a l'oclusió d'alguna de les artèries que irriguen la massa encefàlica. Generalment és per arterioesclerosi o bé per un èmbol (embòlia cerebral) que procedeix d'una altra localització, fonamentalment el cor o altres artèries (com la bifurcació de la caròtides o de l'arc aòrtic).

**ICTUS HEMORRÀGIC**

Es deu al trencament d'un vas sanguini encefàlic motivat per una crisi hipertensiva o a un aneurisma congènit. Poden classificar-se en: intraparenquimatosos i hemorràgia subaracnoidea.

QUADRE CLÍNIC

Els símptomes d'un atac cerebrovascular són molt variats en funció de l'àrea cerebral afectada. Des de símptomes purament sensorials als purament motors, passant pels símptomes sensitivomotors.

Els més freqüentment diagnosticats són els següents: Pèrdua de força en un braç o una cama, o paràlisi en la cara (hemiparèsia/hemiplegia).

Dificultat per expressar-se, entendre el que se li diu o llenguatge inintel·ligible (disàrtria).



Dificultat en caminar, pèrdua d'equilibri o de coordinació. Marejos, mal de cap bruscat, intens. Pèrdua de la visió en un o tots dos ulls.

A més de les manifestacions físiques, fins a un 50% de les persones que sobreviuen al seu atac cerebral pateixen depressió. Malgrat això, en la majoria dels casos s'omet el diagnòstic, la qual cosa repercuteix negativament en el pacient.



PRIMERS AUXILIS

En realitat els primers auxilis que corresponen a un atac cerebrovascular (ACV), una hemorràgia cerebral o ictus han de ser duts a terme al més aviat possible per personal mèdic. Les quatre primeres hores són crucials per a l'atenció de qui sofreix un ACV i en aquest temps és necessària la participació de metges.

CODI ICTUS

Per considerar l'existència d'un ACV, per lleu que aquest sigui -recordau que un atac cerebrovascular (ACV) lleu pot transformar-se en greu- s'ha de tenir en compte el següent quadre simptomàtic, denominat en anglès FAST ('ràpid' en anglès, ja que davant aquests símptomes l'atenció mèdica ha de ser urgent), que són les sigles de FACE ARM SPEECH TEST: **test de rostre (face), braços (arms) i parla (speech).**

REHABILITACIÓ

Es requereix d'un programa de rehabilitació interdisciplinària que proveeixi una assistència integrada per a les persones que han sobreviscut a un atac cerebral. Que atengui tant els aspectes motors com els relacionats amb la parla, els trastorns visuals, les activitats de la vida diària i les seqüeles incapacitants com l'espasticitat, perquè la persona supervivent de l'ACV pugui aconseguir un grau d'independència suficient com per reprendre, almenys parcialment, les seves activitats habituals. Aquest equip interdisciplinari ha d'estar format per: fisioterapeutes, neuropsicòlegs, logopedes, terapeutes ocupacion

PREVENCIÓ

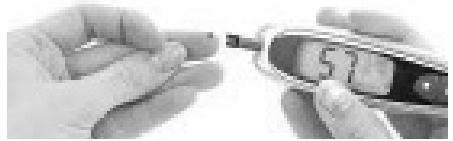
El fonamental és controlar els factors de risc associats fonamentalment, són la hipertensió arterial, el colesterol dolent elevat, els triglicèrids i la diabetis.

Evitau tabac, drogues psicotròpiques o estupefaents i alcohol. Portau una vida sana: combatheu el sedentarisme i en canvi practiqueu exercici físic i consumeu una dieta saludable rica en verdures, i fruites consumeu poca sal evitant elevades quantitats de carbohidrats (sucres i farines) i greixos saturats. Evitau el sobrepès.

DIABETIS

DEFINICIÓ

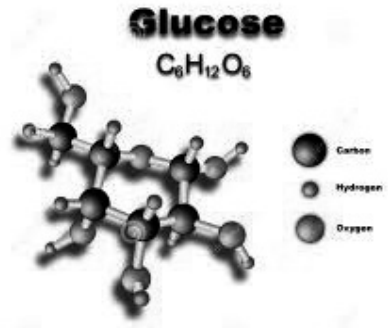
La diabetis mellitus (DM) és un conjunt de trastorns metabòlics, que comparteix la característica comuna de presentar concentracions elevades de glucosa en la sang (hiperglucèmia) de manera persistent o crònica.



FISIOPATOLOGIA

L'elevació de la glucosa en la sang és deguda a la falta d'una hormona la insulina.

La insulina permet la mobilització de la glucosa des de la sang cap a les cèl·lules dels teixits.



Si no hi ha insulina o bé és insuficient, la glucosa s'acumula de forma anormal en les artèries i produeix tot un seguit de trastorns que desenvolupen la malaltia anomenada diabetis.

ÒRGANS PRINCIPALS AFECTATS PER LA DIABETIS

- Dany dels petits vasos sanguinis (microangiopatia)
- Dany dels nervis perifèrics (polineuropatia)
- Peu diabètic, dany de la retina (retinopatia diabètica)
- Dany renal
- Dany cerebrovascular
- Cardiopatia: Miocardiopatia i malalties coronàries
- Dermopatia diabètica
- Hipertensió arterial

TIPUS DE DIABETIS

Hi ha tres tipus de diabetis:

Diabetis Mellitus tip 1, en la qual existeix una destrucció total de les cèl·lules β , la qual cosa comporta una deficiència absoluta d'insulina.

Diabetis Mellitus tipus 2, generada com a conseqüència d'un defecte progressiu en la secreció d'insulina i una resistència dels teixits a la utilització de la insulina.

Diabetis Gestacional, que és la que apareix durant l'embaràs.

PROPORCIONALITAT ENTRE ELS TIPUS DE DIABETIS

Del total dels casos de diabetis diagnosticats:

La diabetis mellitus tipus 1 afecta el 10%

La diabetis mellitus tipus 2 afecta el 90%

DIABETIS MELLITUS TIPUS 1

Característiques:

Aparició en la infància – joventut.

Es considera que és una malaltia autoimmunitària.

El pàncrees no segrega insulina.

Pot ser hereditària.

SÍMPTOMES DE LA DIABETIS MELLITUS TIPUS 1

Estar molt assedegat

Sentir-se famolenc

Sentir-se cansat a tota hora

Tenir visió borrosa

Sentir entumiment o sentir formigueig en els peus

Perdre pes sense proposar-s'ho

Orinar amb major freqüència

(fins i tot orinar de nit o mullar-se en el llit els nens que abans passaven les nits secs)

DEBUT DE LA DIABETIS MELLITUS TIPUS 1

Els primers signes de diabetis tipus 1, es presenten quan el sucre en la sang està molt alt (ce-toacidosis diabètica):

Respiració profunda i ràpida

Boca i pell seques

Cara enrogida

Alè amb olor a fruita
 Nàusees o vòmits, incapacitat per retenir líquids
 Mal de panxa
Pot debutar amb coma

DIAGNÒSTIC

Es basa en el mesurament únic o continu (fins a dues vegades) de la concentració de glucosa en plasma (glucèmia).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) establí els següents criteris el 1999 per definir amb precisió el diagnòstic:

Síntomes clàssics de la malaltia poliúria, polidípsia, polifàgia i pèrdua de pes més una presa sanguínia casual o a l'atzar amb xifres majors o iguals de 200 mg/dl.

Mesurament de glucosa en plasma (glucèmia) en dejú major o igual a 126 mg/dl.

«Dejú» es defineix com no haver ingerit aliments en almenys 8 hores.

La prova de tolerància a la glucosa oral (corba de tolerància a la glucosa).

El mesurament en plasma es fa dues hores posteriors a la ingesta de 75 g de glucosa en 375 ml d'aigua; la prova és positiva amb xifres majors o iguals a 200 mg/dl.

És equiparable per als tres tipus de diabetis

TRACTAMENT

Tant en la diabetis tipus 1 com en la tipus 2 i en la gestacional, l'objectiu del tractament és restaurar els nivells glucèmics normals.

En la diabetis tipus 1 i en la diabetis gestacional s'aplica un tractament substitutiu d'insulina o anàlegs de la insulina.

En la diabetis tipus 2 pot aplicar-se un tractament substitutiu d'insulina anàlegs de la insulina o bé un tractament amb antidiabètics orals.

No existeix un tractament curatiu per a la diabetis

TRACTAMENT DE LA DIABETIS MELLITUS TIPUS 1

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC DM 1

Per determinar si el tractament està donant resultats adequats es realitza una prova anomenada hemoglobina glucosilada (HbA1c).

Una persona no-diabètica té una HbA1c < 6 %.

El tractament hauria d'apropar els resultats de la HbA1c el màxim possible a aquests valors en la DM-1.

TIPUS DE INSULINA

	INICI	PIC MÀXIM D'ACCIÓ	DURACIÓ	APARENÇA
ACCIÓ RÀPIDA	Menys de 15 minuts i una hora	Entre dues i quatre hores	Entre sis i vuit hores	Clara
ACCIÓ INTERVAL NPH	D'una a dues hores	Entre sis i deu hores	Sobre dotze hores	Clara
ACCIÓ PROLONGADA	D'una a una hora i mitja	Sobre cinc hores	Entre dotze i vint-i-quatre hores	Clara

DIETA ALIMENTÀRIA

Les dietes d'alimentació en qualsevol dels tres tipus de diabetis són molt similars i es comentaran al final de la presentació.

ESTIL DE VIDA

L'exercici és un altre factor molt important en el tractament de la diabetis, ja que la persona ha de baixar de pes i l'activitat física és necessària en aquest procediment.

L'exercici també afecta els nivells d'insulina que produeix el cos i sensibilitza els teixits a la insulina.

La recomanació per a persones amb diabetis, és d'almenys 150 minuts d'exercici aeròbic moderat a vigorós a la setmana amb 3 dies mínim d'exercici, i amb no més de 2 dies consecutius sense fer exercici.

Els hàbits tòxics com l'alcoholisme o el tabaquisme empitjoren molt l'evolució de la malaltia



SEGUIMENT

Proves de laboratori de rutina de seguiment i per monitoritzar complicacions en òrgans DIANA:

- Determinació de microalbuminúria en orina de 24 hores.
- Hemoglobina glucosilada.
- Determinació de colesterol i triglicèrids en sang.
- Creatinèmia, urèmia, electrolits plasmàtics

Revisions per especialistes que també ajuden a evitar complicacions:

- Revisió anual d'oftalmologia, fons d'ull amb pupila dilatada.
- Revisió del pla d'alimentació per expert/a en nutrició.
- Revisió per podologia per onicomicosi, ungles encarnades.

DIABETIS MELLITUS TIPUS 2

Característiques :

Aparició en edats avançades de la vida

Es considera que representa el 90% dels casos de diabetis mellitus

El pàncrees segrega poca insulina i els teixits no l'absorbeixen (resistència a la insulina)

Pot tenir un component hereditari

SÍMPTOMES DE LA DIABETIS MELLITUS TIPUS 2

Les persones amb diabetis tipus 2 generalment no presenten cap símptoma al principi i és possible que no tinguin símptomes durant molts anys.

Els símptomes inicials de la diabetis poden abastar: Infecció en la bufeta, el ronyó, la pell o altres infeccions que són més freqüents o sanen lentament.

Fatiga - Gana

Augment de la set - Augment de la micció

El primer símptoma també pot ser:

Visió borrosa

Disfunció erètil

Dolor o entumiment en els peus o les mans

Si us han diagnosticat diabetis tipus 2, heu de treballar de la mà del vostre metge o metgessa.

És probable que l'hagueu de veure cada 3 mesos.

En aquestes consultes, podeu esperar que el metge:

Us revisi la pressió arterial.

Us revisi la pell i els ossos en els peus i les cames.

Revisi si els vostres peus s'estan entumint.

Us examini la part posterior de l'ull amb un instrument especial amb llum.



Els principals factors ambientals que incrementen el risc de diabetis tipus 2 són l'ingesta excessiva d'aliments i una forma de vida sedentària, amb el consegüent sobrepès i obesitat.

TRACTAMENT

L'objectiu del tractament és baixar els alts nivells de sucre en la sang.

Els objectius a llarg termini són prevenir problemes arran de la diabetis.

La manera més important de tractar i manejar la diabetis tipus 2 és amb activitat i alimentació saludable.

Totes les persones amb diabetis han de rebre una educació adequada i suport sobre les millors maneres de manejar la vostra diabetis.

Pregunteu al vostre metge sobre veure un/a educador/a en diabetis.

APRENDRE HABILITATS

El fet d'aprendre habilitats per al maneig de la diabetis us ajudarà a viure bé amb la malaltia. Aquestes habilitats ajuden a evitar problemes de salut.

Aquestes habilitats abasten:

Com avaluar i registrar la glucèmia.

Què menjar i quan.

Com incrementar la vostra activitat i controlar el pes de manera segura.

Com prendre els medicaments, si es necessiten.

Com reconèixer i tractar els nivells alts i baixos de glucèmia.

Com manejar els dies en què s'està malalt.

DIETA EN LA DIABETIS MELLITUS

DIABETIS GESTACIONAL

Apareix en el període de gestació en una de cada 10 embarassades.

Es presenta molt poques vegades després del part i es relaciona a trastorns en la mare i defunció del fetus o macrosomia, amb volum anormalment gran del fetus, causat per increment de glucosa, que pot sofrir danys al moment del part.

Durant l'embaràs es produeixen grans canvis en el metabolisme, ja que el fetus utilitza l'energia de la mare per alimentar-se, oxigen, entre uns altres.

Això comporta tenir disminuïda la insulina, provocant aquesta malaltia.

"Cal esmentar que es té major risc de patir aquest tipus de diabetis si es té més de 25 anys en quedar embarassada, antecedents familiars de diabetis, hipertensió arterial, massa líquid amniòtic, s'ha tengut un avortament espontani o fetus mort de manera inexplicable, sobrepès abans de l'embaràs, o va augmentar excessivament de pes durant l'embaràs"



EVOLUCIÓ NATURAL DE LA DIABETIS GESTACIONAL

El 50% de les dones amb diabetis gestacional la desenvolupen de nou en embarassos posteriors.

Les dones que van patir diabetis durant l'embaràs tenen un risc molt elevat d'emmalaltir de diabetis tipus 2.

Els factors que eleven el risc són, entre uns altres: el sobrepès i la diabetis en l'història familiar.

LA HIPOGLUCÈMIA UN RISC MÉS GREU QUE LA HIPERGLUCÈMIA

La hipoglucèmia diabètica és una hipoglucèmia (nivell de glucosa baix en sang) que es produeix en un pacient diabètic.

Aquest és un dels tipus més comuns d'hipoglucèmia observats en centres d'urgència o hospitals.

En general, es presenta quan el tractament hipoglucèmic és excessiu i provoca un descens de glucosa en sang per sota del seu límit més baix

ALIMENTACIÓ INFANTOJUVENIL

La mala alimentació infantil amb excés d'hidrats de carboni pot produir en els nens:

Càries

Obesitat

Depressió

Diabetis Mellitus



PROBLEMA DE SALUT MUNDIAL

L'any 2000 es va estimar que al voltant de 171 milions de persones al món eren diabètiques i que arribaran a 370 milions el 2030.

3.2. Consulta individual personalitzada

Després de la xerrada es visita a la persona que ho sol·liciti amb la finalitat d'assessorar-la sobre el problema que consulti i orientar-la cap a altres interconsultes mèdiques si es considera oportú.

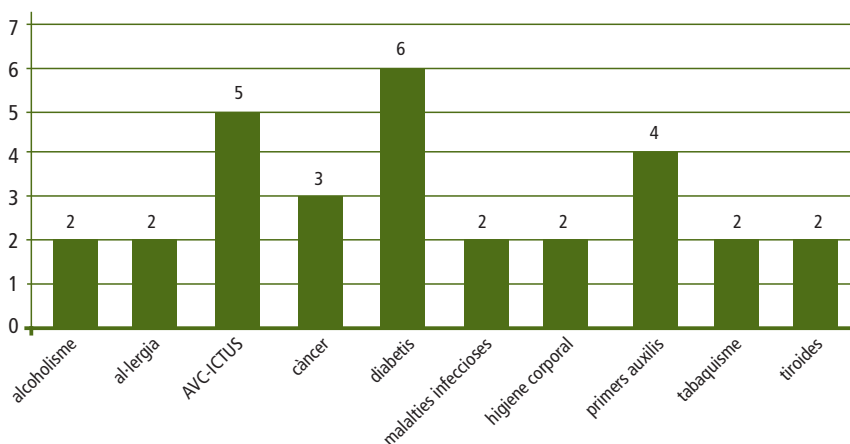
Les limitacions d'aquesta consulta és que no es poden demanar analítiques, ni radiografies, ni proves especials i tampoc es poden fer prescripcions (receptes).

4. Resultats

Des de la meua jubilació l'any 2012, he anat estructurant les xerrades de manera sistematitzada, per oferir-les-hi a certs col·lectius vulnerables i diverses associacions "de la nostra illa d'Eivissa". S'han impartit en centres de Càritas: Centre Educatiu Betania, Centre d'inserció sociolaboral, A tot drap..., així com en la Llar Eivissa, centre sociocultural i de trobada per a la gent gran del Consell Insular d'Eivissa.

S'han realitzat 30 sessions/xerrades, entre 10 i 15 participants per sessió, i s'estima que 300 persones han assistit a les mateixes. A continuació, es desglossa el percentatge del nombre de xerrades.

Gràfic 1 | *Percentatge nombre de xerrades*



En relació als col·lectius participants s'aprecia que aquestes xerrades s'han impartit majoritàriament en el col·lectiu de persones majors i, es considera que un percentatge significatiu ha tornat a les sessions, sent les impulsores i dinamitzadores perquè es realitzés

Gràfic 2 | Percentatge de participació de la gent gran respecte als altres col·lectius



Font: Elaboració pròpia

Podem afirmar que fins ara més de 300 persones han participat y s'han beneficiat d'aquestes xerrades/col·loquis i interconsultes, que es denomina aportació mèdica voluntària.

5. Conclusions

Aquesta aportació mèdica voluntària que vinc realitzen des de la meua jubilació, a fet que com voluntari sènior em senti realitzat, veient que la meua aportació va creixent a poc a poc, per la qual cosa els coneixements bàsics que adquireixen els col·lectius implicats en les sessions, els ajuden a ser més conscients davant les malalties.

No em plantejava fer un article per a aquest anuari, ni tampoc que aquestes xerrades i els col·loquis i debats posteriors tinguessin aquesta repercussió, així mateix m'ha donat motiu a conèixer col·lectius i associacions que fan un gran treball.

Aquestes xerrades mèdiques serveixen com puntal per fer un enfocament participatiu i comunitari, entre les persones majors i professionals. A més a més, veure que són els propis assistents els impulsors d'aquests temes i dinamitzadors en aquests espais, ens fa que d'alguna manera se segueixi creixent, interactuant, estant en contacte amb les noves tecnologies i no perdre mai la possibilitat de seguir dins del món de la medicina i les aportacions voluntàries.

Atès a la gran repercussió i demanda s'ha considerat que per ser més objectius i fer una millora en aquest treball realitzat el disseny d'una petita enquesta o fitxa d'avaluació la qual, una vegada acabada l'activitat, els/les col·lectius participants en aquestes xerrades -

col·loquis l'emplenem, amb el propòsit d'avaluar la labor professional, el desenvolupament de l'activitat i la interconsulta mèdica voluntària individualitzada, i així continuar millorant tot el procés. D'aquesta manera es podrà oferir major qualitat i es seguirà treballant de manera més metòdica i en dades més fiables.

6. Annexos

Fitxa d'avaluació de la xerrada-col·loqui

PER SER CONTESTADA PER LES PERSONES PARTICIPANTS EN L'ACTIVIDAD

Nom de la Xerrada-Col·loqui _____

Lloc de realització _____ Data _____

Amb el propòsit d'avaluar tant la labor professional, com el desenvolupament de l'activitat us agraïm que llegiu detingudament i responeu aquesta sèrie de preguntes, ja que la vostra opinió i apreciacions són molt valuoses per continuar millorant en la planificació i l'organització d'aquesta activitat. Moltes gràcies per la vostra col·laboració.

LLEGIU DETINGUDAMENT I MARCAU AMB X L'OPCIÓ DESITJADA

EN RELACIÓ A L'ACTIVITAT REALITZADA		Regular	Bona	Molt Bona
1	Se us ha proporcionat informació prèvia a l'activitat			
2	L'activitat programada ha resultat del vostre interès			
3	El contingut del tema ha estat presentat i explicat de forma adequada			
4	L'objectiu d'aquesta activitat ha respost a les seves expectatives			
5	Hí ha relació entre els continguts temàtics i l'objectiu de l'activitat			
6	S'ha utilitzat de manera adequada el temps programat			
7	El ponent ha demostrat tenir domini del tema			
8	El material utilitzat pel ponent li ha servit per entendre millor l'exposició del tema			
9	El ponent ha afavorit la integració i la participació dels/de les participants			
10	El ponent ha propiciat el diàleg entre els/les assistents			
11	Ha après aspectes importants sobre el tema exposat			
12	El contingut del tema li va ser útil en la vostra vida diària			
13	Ha estat adequada la consulta individual personalitzada			
14	L'espai ha estat apropiat per a aquesta activitat			
15	Quina qualificació li donaria a l'activitat realitzada			

EXPOSAM BREUMENT LA VOSTRA OPINIÓ SOBRE LA XERRADA		
a)	Què us ha semblat la participació del ponent	
b)	Quin ha estat el resultat aconseguir en realitzar aquesta activitat	
c)	Com us heu assabentat d'aquesta activitat i amb quants dies d'anticipació	
d)	De quins altres temes mèdics us agradaria informar-vos	
e)	Suggeriments per millorar la planificació, l'organització i la realització d'aquesta activitat	

Agraïments

A les entitats Càrites Diocesana i Llar Eivissa, centre sociocultural i de trobada de la gent gran que pertany al Consell Insular d'Eivissa, ja que han fet possible que aquest treball s'hagi fet realitat.

Referències bibliogràfiques

ATSDR en Español - ToxFAQs™: yodo. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Disponible a: http://www.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es_tfacts158.html.

Correlación entre el resultado de hemoglobina glucosilada y la glucemia de 3 a 4 meses. Practice Recommendations. Disponible a: http://care.diabetesjournals.org/content/28/suppl_1/s4/T7.

Figuerola, D. (2003). Diabetes. Barcelona: Masson. Disponible a: <https://books.google.com.uy/books?id=AZ2asmLocJ4C&pg=PA5&dq=thomas+willis+orina+dulce&hl=es&sa=X&ei=u4l2Ud-DKaXD4APfIBY#v=onepage&q=thomas%20willis%20orina%20dulce&f=false>.

Foro de ayuda para pacientes con enfermedades de la tiroides coordinado por el Jefe de la Sección Tiroides del Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires. Disponible a: <http://www.glandulatiroides.com.ar/vn/index.php>.

Guía resumida para pacientes de ictus en atención primaria. Disponible a: <http://www.madrid.org>.

Ictus: un problema socio-sanitario. Disponible a: <http://web.archive.org/web/http://www.ictusfederacion.es/el-ictus/>.

Löe, H. (1993). Periodontal Disease: The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 16 (1), 329-334. Disponible a: <http://care.diabetesjournals.org/content/16/1/329>.

¿Qué es el ictus?, ¿cuáles son sus causas?. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebro vasculares de la SEN. Disponible a: <http://www.ictussen.org/?q=node/90>.

Tiroides.org - AMET, Asociación Mexicana de Tiroides. Disponible a: <http://www.tiroides.org/>.

World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Geneva: WHO (1999). Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf.

Zerón, A. (1998). La enfermedad periodontal y la Diabetes. Conceptos actuales. *Revista Diabetes Hoy, Para el Médico*, 3.

Autors

JOSÉ MARÍA TUGUES ROURE

Doctor en Medicina per la Facultat de Medicina. Universitat Central de Barcelona. Especialista en Medicina Interna i Especialista en Neurologia per la Universitat Central de Barcelona. Metge adjunt de Medicina Interna als Hospitals d'Eivissa (1975-2000). Cap de servei de Medicina Interna (2000-2012). Es va jubilar al 2012. Durant aquests anys va realitzar cursos, va assistir i va participar a jornades i congressos tant nacionals com a internacionals relacionats amb el món de la medicina i de les seves especialitats mèdiques. Des de fa dos anys i mitjà col·labora amb Càritas Diocesana d'Eivissa com a voluntari.

PAULA MUÑOZ TARTALO

Diplomada en Educació Social (Facultat d'Educació. UNED). Màster en Intervenció en qualitat de vida de persones grans (Facultat d'Educació. UNED). Postgrau en Gerontologia i Atenció a la Tercera Edat (Facultat de Psicologia. UNED). Postgrau en Educació de persones adultes (Facultat d'Educació. UNED). Ha treballat com a Educadora Social, Serveis Socials d'Atenció Primària de l'Ajuntament de Santa Eulària del Riu. Treballa al Consell Insular d'Eivissa, a l'administració general i, actualment, a la Llar la Pau, Llar Eivissa del Consell Insular d'Eivissa, centre sociocultural i de trobada per a la gent gran. Ha assistit i participat a jornades i congressos nacionals relacionats amb la gent gran dins de l'àmbit social i educatiu, així com també ha realitzat cursos vinculats a aquest sector de la població i dins dels mateixos àmbits.

**SENIOR COHOUSING.
UNA NOVA ALTERNATIVA DE
CONVIVÈNCIA PER A LA GENT GRAN**

Senior cohousing.
**Una nova alternativa de convivència per
a la gent gran**

Margalida Vives Barceló

Resum

El treball que presentem a continuació permet oferir una breu introducció a una modalitat de convivència per a gent gran, les comunitats per a aquest col·lectiu o, com és coneguda internacionalment, les *senior cohousing*. Aquest sistema va néixer als anys setanta als països nòrdics i la seva extensió arreu del món ja és un fet consolidat.

Creiem que és important fer-nos ressò d'aquesta opció de convivència per a gent gran per diversos motius: primer, perquè ja han aparegut algunes iniciatives a Espanya (Jubilares, 2015); segon, perquè podria ser una alternativa molt vàlida per a la gent gran que no vol envellir en les mateixes condicions que els seus pares, o, si més no, vol tenir un paper més protagonista en relació amb la seva llar (Abraham i DelaGrange, 2006); tercer, per l'augment continuat de la població de més de seixanta-cinc anys (Abellán i Pujol, 2016a); quart, per les polítiques que potencien l'envelliment actiu (ONU, 2002) i els entorns amigables envers la gent gran (OMS, 2007), i, cinquè, i no menys important, pels beneficis que representa per a la gent gran, per als professionals que hi participen, per a la comunitat i per a la sostenibilitat del planeta (Sanguinetti i MacLane, 2016, Durrett, 2009b, i Critchlow, 2015).

Resumen

El trabajo que presentamos a continuación permite ofrecer una breve introducción a una nueva forma de convivencia para personas mayores, las comunidades para personas mayores o, como es más conocido a nivel internacional, las *senior cohousing*. Su proliferación a lo largo de todo el mundo es ya un hecho consolidado, iniciado sobre los años 70 en los países nórdicos.

Creemos importante dar voz a esta opción de convivencia para personas mayores por diversos motivos: primero, porque ya han aparecido diferentes iniciativas a lo largo del territorio español (Jubilares, 2015); segundo, porque puede representar una alternativa muy válida para aquellas personas que no quieren envejecer en las mismas condiciones que sus padres o, si por lo menos, quieren tener un papel más protagonista en relación a su hogar (Abraham y DelaGrange, 2006); tercero, por el aumento que año tras año va representando la población mayor de 65 años (Abellán y Pujol, 2016a); cuarto, por las políticas que potencian el envejecimiento activo (ONU, 2002) y los entornos amigables hacia las personas mayores (OMS, 2007), y, quinto, y no por ello menos importante, por los beneficios que supone para las personas mayores, para los profesionales que participan, para la comunidad y para la sostenibilidad del planeta (Sanguinetti y MacLane, 2016, Durrett, 2009b, Critchlow, 2015).

1. Introducció

Els principals temes vinculats a la investigació sobre persones grans el segle XXI estan relacionats amb la qualitat de vida, l'envelliment actiu, l'aprenentatge al llarg de tota la vida i l'atenció integral centrada en la persona. Possiblement aquests són els eixos centrals o transversals de la majoria d'investigacions i de projectes relacionats amb aquest col·lectiu, tant en l'àmbit internacional com nacional i autonòmic, els resultats dels quals són traslladats (o ho haurien de ser) a la vida diària d'aquests col·lectius.

Prova d'això són els informes de les institucions internacionals, com els de les Nacions Unides (2002), que reivindiquen un envelliment actiu, continu i autònom, tant en la vida íntima, com en la comunitària i la pública (Jubilares, 2015). Aquest mateix document determina que els tres pilars fonamentals per a l'envelliment actiu són la seguretat, participació i salut. Aquestes condicions encaixen perfectament amb el model de *cohousing* per a gent gran (*senior cohousing*), ja que proporciona seguretat en l'entorn i en les persones que conviuen en la comunitat, participació des del primer moment en el disseny i en la vida diària al si d'aquesta comunitat, i en la salut, ja que no solament pot ajudar a determinar les millors estratègies per incorporar estratègies comunitàries per promoure la salut i mantenir-la (Jubilares, 2015).

La llar, al cap i a la fi, no és un tema insignificant, ans al contrari, és considerat un dels eixos principals per determinar les dimensions principals de la qualitat de vida de les persones grans (Walker, 2010, Gómez et al., 2008, i Fernández-Ballesteros, 1996). Per aquelles persones grans que continuen vivint a la seva llar, com descriu Schaub (2006), tothom entén que la comunitat ha de ser un bon lloc per viure, criar els fills, etc., en definitiva, per viure en plenitud cada etapa de la vida. Alhora, ja fa temps que hom es decanta pel model centrat en la persona que ha d'atendre la gent gran, especialment en els espais residencials de dependents.

El col·lectiu de persones de seixanta-cinc anys, a Espanya, representa un 18,4% de la població total, segons l'INE (2015), i la població de més de vuitanta-cinc també augmenta any rere any (el 2015, segons l'INE, era un 5,8% del total de la població). Abellán i Pujol (2016a) recull la projecció de l'INE per a 2061: augmenta vint punts aquest percentatge i calcula que la població de més de seixanta-cinc anys a Espanya aquell any serà un 38,7% del total. Hi ha dues dades més que són importants: la generació X començarà a jubilar-se el 2024 i l'esperança de vida de les dones és de 85.6 anys i la dels homes, de 80.1 (una de les més elevades de la Unió Europea). Aquestes dades, recollides al treball d'Abellán i Pujol (2016^a), evidentment tindran (si és que ja no en tenen) conseqüències en les polítiques sanitàries, socials i econòmiques.

Un altre element que cal tenir en compte és la posició econòmica de la gent gran, ja que el seu risc de pobresa se situa en l'11,4, més baix que el de la resta de grups d'edats. Seguint aquests autors, cal tenir present que aquesta és una taxa relativa, ja que tal vegada es justifica per l'empitjorament dels altres grups. Per exemple, i centrant-nos en el tema de la llar, el 89,8% de persones de més de seixanta-cinc anys tenen una llar en propietat (Abellán i Pujol, 2016a). La manera de conuiuïre canvia segons l'edat, i, com més anys, més elevat és el percentatge de llars unipersonals (503.500 homes i 1.356.300 dones), i en funció del sexe (la majoria dels homes de més de seixanta-cinc anys coniuïen en parella, mentre que tres de quatre persones grans que viuen soles són dones).

Per Abellán i Pujol (2016b), el descens de la mortalitat i les facilitats per viure tot sol (com poden ser, més bon estat de salut en general, mantenir durant més temps les habilitats funcionals i disposar de més recursos tecnològics i econòmics) poden facilitar l'augment del nombre de llars unifamiliars de gent gran. De fet, si bé entre les persones que tenen entre seixanta-cinc i vuitanta-quatre anys la modalitat de convivència més comuna és la de viure en parella sense fills (45%), entre les persones de més de vuitanta-cinc anys la més habitual és la solitària (34,2% del total) (Abellán i Pujol, 2016). Segons l'INE (2015), un 40,9% de dones que tenen a partir de vuitanta-cinc anys viuen totes soles, mentre que únicament estan en aquesta situació un 21,4% d'homes de la mateixa franja d'edat. La diferència comença a partir del tram d'edat comprès entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys, ja que en l'anterior (dels cinquanta-cinc als seixanta-quatre) el percentatge de persones que viuen totes soles està molt igualat entre homes i dones (11,5% i 11,6%, respectivament).

En conclusió, podem dir que, a mesura que la gent gran té més edat, hi ha més possibilitats que visqui en llars unifamiliars, especialment les dones. Aquest fet, com hem assenyalat, depèn de circumstàncies personals (com ara l'augment de l'esperança de vida, entre d'altres) i de socials (augment de facilitats per potenciar l'autonomia dins la llar, per exemple). Amb tot, cal tenir present sempre i en la mesura que sigui possible el desig d'aquestes persones. En aquest sentit, com ja queda explicat al *Libro Blanco* (2005), l'opció preferida, amb diferència respecte d'altres opcions, és viure a la llar pròpia.

Evidentment, l'estudi de l'envelliment de la població ha de tenir en compte les persones amb discapacitat. Per Berzosa (2015), el model *senior cohousing* pot ser una bona alternativa en aquesta etapa vital, ja que facilita el procés d'envellir en un entorn conegut, mantenir vincles i relacions familiars, i, al mateix temps, pot ser un model d'inclusió i protector del funcionament físic, cognitiu i emocional de la persona. Així doncs, no solament li permet mantenir les capacitats adquirides, sinó que també li aporta tots els beneficis reconeguts per a la convivència; fomenta la vida independent en entorns coneguts per donar resposta a necessitats d'estímuls i de reconeixements, i de tenir contextos controlats.

Hi ha diversos estudis, especialment fets des de l'àmbit de l'arquitectura, que han pogut aportar alguns principis bàsics per oferir llars que garanteixin qualitat de vida. Rodríguez (2015), a la presentació que féu a la jornada «Cohousing: autonomia y participación» l'any 2015 a Madrid, recull l'anàlisi de Riseborough i Fletcher:

- Principis: autonomia, independència i inclusió social.
- Disseny: personalització dels espais dins la llar i dels espais comuns (importància d'equilibrar la privacitat i la relació social).
- Qualitat de vida: dimensions objectives i subjectives, flexibilitat en els suports respectant preferències personals i el model de capacitats (tenir en compte el rol de cada un dels residents).
- Avaluació personalitzada i permanent per ajustar els suports als canvis.

Aquestes conclusions provenen d'una àmplia recerca internacional sobre la llar i el benestar. Aquesta autora (Rodríguez, 2015) en destaca cinc: a) la relació entre disseny arquitectònic i benestar subjectiu, i la planificació participativa en països nòrdics (Kundstrup i Anderson) relacionada amb el concepte de *homelike*; 2) les seixanta característiques que Regnier recollí sobre el disseny de llars relacionades amb la qualitat de vida per a gent gran i persones amb discapacitat; 3) el concepte de «llars i entorns per a tota la vida», de Porteus; 4) la quarta opció «llar familiar en comunitat» dels quatre tipus d'allotjament que són possibles a Alemanya (enfrent de la residència o hospital), recollits per Montero, i 5) el canvi de cultura als Estats Units (Schoeneman). Aquestes aportacions seran bàsiques per poder consolidar els principis bàsics que generaran una *senior cohousing*.

Tenint present aquestes premisses, les *senior cohousing* poden respondre a diverses demandes de la gent gran (Schaub, 2016):

- Suport social: persones que els visiten, dinar acompanyat, mirar pel·lícules o jugar.
- Rutines diàries: vestimenta, rentar la roba, banyar-se, cuinar, fer net, fer exercici, tenir cura dels animals de companyia...
- Servei de porteria: visites a domicili de metges, manteniment de les llars, pagament de factures, coordinació entre porteries i transports, comprar, escriure cartes i notes..., o, fins i tot, fer de suport en les reunions quan hi ha dificultats d'audició, ajudar (reflexions) a prendre decisions...

- Coordinar la informació de la comunitat perquè arribi a tothom, especialment quan la família i/o amics no en formen part.
- Assistència econòmica: quan hom no té prou recursos econòmics, revisar les despeses...

Respecte de l'última premissa, en principi pot semblar que el cost d'una *senior cohousing* és més elevat que altres opcions de llar, però, segons l'Associació Americana de Persones Jubilades (AAPR), els costos generals poden ser més baixos i, fins i tot, pot significar un estalvi important. Per exemple, segons Wright (2016), no solament hem de tenir en compte les despeses de la llar, sinó també els serveis comunitaris i complementaris, com ara el menjador, les activitats d'entreteniment o els altres serveis compartits que es puguin crear; és a dir, les despeses mensuals en viure-hi descendeixen en comparació amb altres opcions de llar. Al mateix temps, segons aquest autor, les *senior cohousing* que tenen un enfocament sostenible poden arribar a estalviar un 35% d'energia.

2. Cohousing

2.1. Conceptualització

L'origen de les *senior cohousing* l'hem de cercar als països nòrdics, especialment a Suècia, cap als anys seixanta i setanta del segle XX, tot i que l'expansió es produí la dècada dels vuitanta als Estats Units i al Canadà (Massot, 2016). Ryan (2016) vincula el fenomen a la publicació del llibre *Cohousing: A Contemporary Approach to Housing Ourselves* i especialment al desig de la gent gran de viure entre iguals (i no en residències), però en un entorn personalitzat i independent. Cal tenir en compte també la importància de la conferència titulada «Seniors in Cohousing», que va ser pronunciada el 2003 a Colorado, el principal debat de la qual incloïa les condicions de vida en una *senior cohousing*, els impediments més importants per desenvolupar-la o els beneficis que aporta a la gent gran (Paiss, 2003). Actualment, és una opció de vida per a diferents grups de gent gran al llarg del món; de fet, segons la Cohousing Association of the United States, a final de 2015 es comptabilitzaren més de 150 comunitats de *senior cohousing* al país (Ryan, 2016), i, a Europa, eren més de 400, el 2006 (*Libro Blanco*, 2006). Actualment, a Dinamarca viuen en aquesta modalitat més de 5.000 persones grans.

La majoria de fonts consultades defineixen les *senior cohousing* com una cooperativa (o similar), especialment quan són creades, els estadants de les quals tenen dret a emprar-les com a llar privada i també aprofitar els espais comuns, creats i autogestionats, tot i que la majoria de vegades la persona és lliure de deixar-la o cedir-la. Cada *senior cohousing* té unes característiques particulars, ja que els socis fundadors participen des del primer

moment en la seva creació a partir dels seus desitjos i necessitats; així, per exemple, n'hi ha que inclouen ludoteques, organització de pícnic en els espais verds... En definitiva, les claus són entendre la llar privada dins una comunitat inclusiva, en què la relació amb la part privada i la comunitària és especialment important. La zona comunitària disposa de diferents serveis que són decidits, creats, planificats i gestionats pels residents a partir de les seves necessitats. El web eCohousing entén que el cost d'aquestes llars privades és més econòmic, ja que se cedeixen metres a la part comuna.

Jubilares (2015) descriu algunes de les característiques principals de les *senior cohousing*:

- Iniciativa i disseny propi, amb assessorament professional.
- Disseny intencional per a la vida comunitària.
- Zones comunes i àmplies, que amplien el concepte de «llar» als espais comuns.
- Autogestió.
- Organització per comitès, emprant la intel·ligència col·lectiva i l'expressió de la diversitat.
- Sense jerarquies i amb representació democràtica.
- L'economia i la vida són privades, no comunes.
- No és entesa com a un negoci, ja que el promotor és qualificat de «gestor facilitador».

Per l'AARP dels Estats Units, en les *senior cohousing* destaquen quatre valors generals. El primer és la importància del «compromís» envers la *senior cohousing*; l'equilibri entre la part privada i la col·lectiva (basada en la llibertat). Aquest compromís arrenca en el moment de la sensibilització per crear el grup de persones que hi participaran, ja des del disseny de les llars fins a les tasques col·lectives de cada comunitat.

El segon és l'atenció a les necessitats actuals i futures dels residents, amb especial atenció a la cura «sanitària». Un exemple en seria compartir les despeses per disposar d'un servei sanitari a la *senior cohousing* mateix, que seria personalitzat, proper, accessible i assequible. Denominades en alguns casos «sales de salut», han estat incorporades a la majoria de les noves *senior cohousing* dels Estats Units. N'hi ha hagudes d'altres que han incorporat serveis per als usuaris que necessiten una atenció més intensiva (com, per exemple, un dormitori adjacent per a un familiar o cuidador), ja sigui de manera temporal o definitiva, o, fins i tot, per acompanyar-los en els darrers moments de vida.

Tenir cura dels aspectes físics és important, però també dels psicològics. Per aquest motiu, treballen d'una manera conscient el procés d'envelliment: el focalitzen en la persona i en un «envelliment actiu» a través de la participació comunitària i ciutadana, l'activisme social i altres activitats que els permetin fer aquelles activitats que volen. Potencien, si els

usuaris ho volen, la vida en companyia (per això, algunes de les *senior cohousing* disposen de cuina individual i també de col·lectiva).

La darrera característica és la «consciència mediambiental», lligada a la sostenibilitat social de la llar, un model de convivència que permet els usuaris participar en tasques de reciclatge, compostatge..., alhora que comparteixen espais per generar menys despesa, consumir aliments que poden ser cultivats de manera ecològica en els espais comuns, o emprar energies renovables.

2.2. Motius que justifiquen l'aparició de les *senior cohousing*

Possiblement, en la introducció ja hem descrit algunes de les claus que fins ara poden haver facilitat l'aparició de les *senior cohousing* i el seu establiment arreu del món com una opció vàlida i real per a la gent gran, com ara el nombre de persones grans, la seva esperança de vida i les polítiques que potencien l'envelliment actiu.

Hi ha altres raons que poden justificar que una persona gran opti per anar-se'n a viure a una *senior cohousing*, com ara la qualitat de l'entorn, que ofereix seguretat enfront de la incertesa sobre la dependència i la qualitat de vida, la por de l'aïllament i la manca d'autonomia, i la funció protectora que exerceix la comunitat sobre els residents, el fet de no convertir-se en una càrrega per als fills o sentir-s'hi, el suport social potencial que hi ha en situacions de dependència temporals o permanents, i descobrir una nova oportunitat (Jubilares, 2015). Abraham i DelaGrange (2006) incorporen el fet que els pares de la generació X (*baby boomers*), que fa devers deu anys ja començaven a complir-ne seixanta, no volien repetir la vivència dels seus pares en les darreres etapes de la vida, però sí que volien mantenir els beneficis que els seus barris els aportaven: la vida diària, convertir els veïns en amics, donar-se suport mútuament. Aquests dos autors emfasitzen la idea de continuar creixent personalment i col·lectivament a través de l'activisme social i amb persones amb les quals comparteixen valors vitals similars.

Critchlow (2015) considerà que viure a una *senior cohousing* pot ser essencial per a una vida independent. Els estudis a què fa referència en el seu document expliquen que la gent gran necessita poc suport, especialment fins als vuitanta-cinc anys. Per això, entenen que un metge que visita regularment la comunitat o que fins i tot hi viu, o una ajuda professional (cuidador) per fer les activitats bàsiques de la vida diària els pot ajudar a mantenir un envelliment actiu i una bona qualitat de vida.

2.3. Principis i etapes en la creació d'una *senior cohousing*

Cada *senior cohousing* és única, ja que depèn de les possibilitats reals de l'entorn on la vulguin construir, el grup de persones grans que la creïn i hi resideixin, i el grup de professionals que

hi participin, tot i que els residents solen compatir una visió i uns valors comuns per arribar a envellir en aquesta comunitat, fomentar els espais de reflexió i espiritualitat (enfrent del consumisme i capitalisme), i tenir una forta consciència ambiental (Abraham i DelaGrange 2006). Aquest perfil d'usuari implica que la majoria de les *senior cohousing* solen ser regides per uns principis bàsics generals, com són el d'autonomia (i capacitat), apoderament i diversitat, integritat, globalitat, individualitat, flexibilització i personalització, inclusió social, enfocament comunitari/familiar, continuïtat en l'atenció i proximitat (Rodríguez, 2015), però alhora ha de respondre a les demandes de l'entorn, especialment si aquesta comunitat vol ser saludable: interdependent, sostenible, saludable, inclusiva, accessible i connectada (Wright, 2016), i tenir presents els valors dels participants.

Perquè una *cohousing* sigui respectuosa amb l'entorn hi ha possibilitats vàries, les més comunes de les quals són instal·lar-hi panells solars, incorporar aïllament extra a les parets, utilitzar tubs de llum per aportar més claror a les plantes de més amunt, fer un ús mínim de pesticides, produir compostatge amb els residus alimentaris, separar les zones perquè permetin el màxim de corrent d'aire, tenir en compte la xarxa de transport públic a l'hora de triar la ubicació de la *senior cohousing*, usar contenidors de reciclatge (fins i tot n'hi ha que en tenen tallers), de bateries i piles (Ryan, 2016).

Abraham i DelaGrange (2006) se centren en els principis i valors de la gent gran que hi participa, que generalment són compartits i dissenyats pensant en aquesta nova etapa vital i amb consciència ambiental. Aquests valors i principis, si bé en una primera aproximació són compartits entre la gent gran, solen ser debatuts en les primeres etapes, ja que han de guiar el disseny de la *senior cohousing* i la construcció. Aquests autors esmenten cinc valors que solen ser comuns: estil de vida saludable, respecte pel medi ambient, interès per les arts, aprenentatge permanent i creixement personal per la comunitat i des de la comunitat. Schaub (2016) descriu un seguit de característiques no obligatòries, però sí molt recomanables per a les persones que vulguin formar part d'una *senior cohousing*:

- Discreció (o capacitat per poder mantenir la informació privada en aquest àmbit).
- Capacitat per col·laborar amb altres membres de l'equip (treball en equip).
- Capacitat per pensar en el que és millor per al grup (especialment en els àmbits de la seguretat i la salut).
- Capacitat per rebre crítiques i acceptar-ne.
- Capacitat per expressar d'una manera assertiva pensaments i sentiments.
- Capacitat per poder gestionar situacions d'angoixa dels companys.

- Capacitat d'empatia.
- Autoconcepte.
- Capacitat per poder flexibilitzar horaris si fos necessari.

Fer realitat una *senior cohousing* no és un procés relativament ràpid. Herman i Allsep (2016) enumeren catorze passes necessàries abans de poder viure-hi. Massot (2016), per part seva, explica que la primera cosa sempre és definir-ne l'ordenació general; després, les zones comunes, i, en darrer lloc, les llars individuals. Al seu torn, Durrett (2009a) prioritza crear un grup primer de tot per després arrencar l'edificació. Les etapes de Herman i Allsep (2016) són: sensibilitzar la comunitat, crear el grup bàsic, màrqueting (autopromoció), gestionar el projecte (pressupost, programació i centre de control), assegurar un espai (tràmits de consulta, revisar plans d'urbanisme i aspectes legals), disseny preliminar i plànols, obtenir llicències i drets d'ús del sòl, obtenir finançament per a la construcció i documentació, licitació de la construcció, promotor, permís d'obra i altres permisos necessaris, gestionar la construcció i les operacions legals, construcció, inspeccions finals, obtenir el permís d'habitabilitat, i, finalment, fer-hi el trasllat.

Segons aquestes dues autores, tot parteix de l'entorn i de la comunitat, la qual, a partir d'aquest instant esdevé el «gestor del projecte», és a dir, el principal eix de coordinació del qual dependrà la tasca dels arquitectes, promotor i del grup bàsic de futurs residents. Entre altres funcions, aquest eix vertebrador haurà d'assumir les de:

- Facilitar la presa de decisions i el desenvolupament del grup, segons les necessitats, i ajudar-hi.
- Ajudar en els esdeveniments de màrqueting (autopromoció) i facilitar-los.
- Fer de vincle entre el desenvolupament del projecte i la comunitat.
- Donar suport als acords entre els membres del grup bàsic i ajudar a assolir-los.
- Facilitar els tràmits legals i els requeriments de la comunitat i prendre-hi part .

Un cop que està creada la *senior cohousing* cal tenir molt en compte l'organització regular i constant que necessita aquest tipus de llar. En aquest sentit, en les primeres etapes, se sol programar una reunió setmanal, que més endavant passa a ser mensual. De vegades aquestes trobades no són necessàries, si els membres de la comunitat no tenen cap tema per tractar. Entre aquestes reunions i les de comunitat d'edificis convencionals hi ha una clara diferència. De fet, les primeres solen tenir més assistència que les segones, no se'n

solen emetre edictes i les decisions importants són preses per consens, no per majoria (Ryan, 2016).

Amb tot, com recorda Schaub (2016), en totes les etapes cal tenir present diferents aspectes que poden influir en la convivència, com ara la gestió de la diversitat dels residents, la distribució de responsabilitats, el treball emocional, la resolució dels conflictes, decidir què és un tema important o quin seria el procediment per sortir de manera voluntària de la *senior cohousing*.

2.4. Alguns exemples de senior cohousing

Descriure algunes de les *senior cohousing* existents ajuda a entendre que cada una és única i que està adaptada a l'entorn, així com als residents i professionals que hi han treballat. La intenció d'aquest apartat, doncs, no és fer un resum exhaustiu de les *senior cohousing*, sinó una breu aproximació a algunes per poder observar aquelles característiques diferencials i especials que aporta cada una i que fan que sigui una *senior cohousing* d'èxit allà on ha estat creada.

Bestie Row (Texas). Aquesta comunitat, creada el 2011, està formada per quatre grups de llars individuals i una cinquena part de zones comunes. Està situada a una norantena de minuts d'Austin (Texas). Tenint present la consciència ecològica (un dels principis de què hem parlat), les llars individuals són eficients energèticament. Els promotors tingueren una cura especial a l'hora de triar els materials per construir-ne l'aïllament interior, que ajuda a evitar l'escalfament de les llars a l'estiu i a retenir la calor a l'hivern. Tampoc no és debades que les llars fossin dissenyades amb una breu inclinació: el motiu és poder aprofitar l'aigua de pluja de les llars, que queda emmagatzemada en un dipòsit i és emprada per regar les zones enjardinades comunes. Uns altres elements importants és l'estil minimalista (ja n'hem parlat), que ajuda a personalitzar les llars, i la distribució dels metres entre la llar individual (menjador, habitació doble i cambra de bany) i les zones comunes, que ajuda a abaratir costos, ja que dediquen una part al seu manteniment. En aquesta comunitat, les zones comunes són ocupades per una gran cuina, un menjador i una sala d'estar amb dormitoris addicionals (lliteres) per als convidats dels residents (Profis, 2015).

Wolf Creek Logde Senior Cohousing (Grass Valley). Va ser creada el 2012, compta amb quaranta-un membres, la majoria dels quals són parelles, i ha acollit nou nous residents. D'aquesta *senior cohousing* en destacam el nombre d'equips amb els quals s'organitzen els residents. Un primer grup de comitès és el format pels dedicats al funcionament (equips «funcionals» i equips de neteja) i l'equip de cuina (en aquest darrer hi ha la norma que hom n'ha de formar part almenys un cop al mes). Els primers grups són, segons Miller i Miller (2016):

a) Grups «funcionals»: grup coordinador, grup de tasques de manteniment en general, grup d'assumptes econòmics i legals, grup d'autopromoció i membres, grup de control d'infeccions, grup social, grup de gestions internes de la llar, grup de balneari, grup de jardineria, grup de rentadores, grup dels espais oberts, grup de l'aparcament, grup de seguretat, grup d'activitats de benestar, grup d'activitats d'arts, grup de llibreria...

b) El segon gran grup de comitès està format pels que s'encarreguen de la «neteja» dels espais comuns (sala d'estar comuna, passadissos, cuina, rebedor principal, lavabos públics, habitació de convidats, menjador comú, patis interiors, pati principal, balneari, gespa...).

Oakcreek Senior Cohousing (Oklahoma). Va ser creada el 2013. D'aquesta *senior cohousing* en destaquem el disseny, que va ser pensat per potenciar la interacció (quasi totes les llars tenen porxos a la part del davant) entre els residents i tenint present les possibles necessitats (especialment físiques) de la gent gran que hi viu. Així, per exemple, les cases estan construïdes a una mateixa planta i l'aparcament està situat a la mateixa alçada que les cases, la qual cosa evita al màxim les escales. Un altre element destacable és que, a part de les llars individuals (cuina, sala d'estar, dormitori i cambra de bany amb disseny universal), a les zones comunes (cuina compartida, menjador, sala d'estar conjunta, sala d'activitats i dormitoris de convidats) un dels dormitoris està pensat per poder convertir-se en zona d'atenció per a possibles cuidadors o per tenir a la llar individual la persona que el resident consideri, en el cas que ho necessiti (Lawhon, 2013).

Silver Sage Cohousing (Colorado). Acabada el 2007, té capacitat per a setze cases, que estan adaptades a les necessitats de la gent gran. En aquest sentit, les cases tenen un o dos dormitoris, per si els residents hi volen viure amb els fills. Aquesta decisió la varen prendre els residents, els quals, com ja hem comentat, participaren en el disseny de la *senior cohousing* juntament amb tres empreses d'arquitectes i de construcció. També varen tenir molta cura de l'accessibilitat a totes les zones (individuals i col·lectives), on destaquen les sales per a per activitats conjuntes, com ara exercici i meditació, i els senders per a fer rutes amb bicicleta. Lawhon (2013) també en destaca el compromís dels residents envers la ciutat a través de la participació activa.

Al Canadà també s'hi han construït diverses *senior cohousing* (Critchlow, 2015) i hi ha la *Canadian Senior Cohousing*, una associació que potencia les investigacions sobre les *senior cohousing* en col·laboració amb la Universitat Royal Roads.

2.4.1. *Senior cohousing* a Espanya

A Espanya, els darrers anys hi ha hagut un gran desenvolupament de les *senior cohousing*. L'impacte que tenen en la societat queda demostrat no solament en la creació i l'augment d'aquesta tipologia de llar per a gent gran, sinó també en els articles publicats en diaris i revistes o en els reportatges en mitjans audiovisuals. A més, la majoria de partits

polítics incorporen als programes el fet de potenciar, d'una manera o una altra, les llars compartides entre gent gran.

Les primeres al·lusions a les *senior cohousing* a Espanya possiblement les podem localitzar al *Libro Blanco* (2005), en la descripció de les «unidades de convivencia». Del text n'extraïem que conceptualitzen aquest sistema de convivència com una manera d'anar «contra corrent» i en contra del model mèdic d'intervenció. Les descripcions incloses en aquest document es limiten a petites llars amb un grup reduït de persones (de quatre a vint-i-quatre) tant en zones urbanes com rurals, i les defineixen com un «model de vida semblant a una llar en què l'abordatge terapèutic es desenvolupa entorn de les activitats de la vida diària» (*Libro Blanco*, 2005, 418) amb les característiques següents:

- a) L'atenció se sustenta sobre el respecte als drets i desitjos de la gent gran.
- b) Es treballa intensament el procés d'adaptació i integració de cada nou resident.
- c) Les llars s'integren en la xarxa local de serveis socials i sanitaris.
- d) Són atesos per professionals que tenen diferents graus de qualificació i molta implicació en el projecte.
- e) L'atenció és de 24 hores cada dia.
- f) Les llars són configurades com a tals fins al moment de la mort.
- g) El rol de la família de l'usuari és considerat central.

Segons el nostre parer, la definició aportada és, si més no, incompleta en comparació amb la resta de descripcions i documents que hem incorporat fins ara. Una de les raons d'aquesta mancança podria ser l'època i el lloc en què va ser redactat el document, ara fa més de deu anys, abans que aquest tipus d'habitatge s'expandís a Espanya. El document assenyalava que aquestes llars podrien ser una alternativa més econòmica que una residència, excepte les situacions que requereixen més atencions. Amb tot, destaca el nivell de qualitat de vida més elevat en un «sistema alternatiu d'allotjament» que a les residències convencionals (*Libro Blanco*, 2005).

En aquesta dècada, la conceptualització d'aquestes llars ha canviat. Com descriu l'associació Jubilaires (2015), és un mètode participatiu que combina la necessitat de privacitat amb el suport social i emocional que proporciona la comunitat, i afavoreix un grau elevat d'autonomia personal. Segons Jubilaires (2015), les claus que poden haver fet que s'hagi desenvolupat amb tanta rapidesa aquesta nova alternativa de convivència en gent gran serien:

- Autopromoció: la iniciativa parteix de les persones interessades.
- Disseny intencional: hi té molt de pes la vida comunitària.
- Zones comunes àmplies, enteses com a part de la llar.
- Autogestió: desenvolupament d'eines d'«intel·ligència col·lectiva».
- Sense jerarquies: totes tenen la mateixa responsabilitat en la presa de decisions.
- Privacitat: no tot és comunitari (per exemple, l'economia és privada).

Cal dir, això no obstant, que encara podem considerar que a Espanya és a les fases inicials, ja que, com veurem més endavant, tot i que existeixen experiències de *senior cohousing*, solament un 41,4% les considera una alternativa possible per viure (Massot, 2016). Una referència que ha estat seguida per aquesta associació ha estat el *Manual del Senior Cohousing. Autonomia personal a través de la comunitat*, un llibre de Charles Durrett, publicat el 2009, que s'ha convertit en un manual de referència per crear *senior cohousing*, tant per la descripció de totes les fases com per les reflexions que incorpora sobre l'envelliment actiu i la participació de la gent gran en la comunitat. A més, cal tenir presents els factors que Sanguinetti i MacLane (2016) aporten: el cost monetari, la convivència multigeneracional, els espais comuns, l'ajuda que pot oferir un resident a un altre, la feina que fan els residents per a la comunitat, les oportunitats per a la seva xarxa social, les oportunitats per tenir una vida saludable, la localització i compartir-ne beneficis i serveis.

En aquest sentit, no és estrany que també hom hagi començat a reflexionar i crear aquestes comunitats amb persones amb discapacitat que envelleixen. Així, Berzosa (2015), en la seva ponència a la jornada *Senior Cohousing* de 2015, descriu l'experiència del *cohousing* amb aquest col·lectiu i el focalitza com a alternativa residencial. Alguns dels motius que poden impulsar aquesta nova alternativa són el fet que els estudis sobre gent gran amb discapacitat versen més sobre àmbits d'autonomia personal, el fet de voler ser presents en el món laboral, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, el dret a gaudir de la societat de l'oci i de la seva visibilitat en la societat. Avui en dia, aquests elements són limitats per la manca d'alternatives quan la persona torna gran o pel fet d'haver d'envellir junts pares i fills. A més de tot el que hem comentat anteriorment sobre les *senior cohousing* amb persones amb discapacitat, cal tenir més en compte el seu pla de vida, que ha d'incloure la història personal, les activitats que seran creades a partir dels seus interessos, el desenvolupament de conductes autònomes, la importància de mantenir els vincles familiars, i el disseny de futurs escenaris que responguin a la seva trajectòria vital (Berzosa, 2015).

Per Rodríguez (2015), és important el professional que acompanya la gestió de cada cas, el qual ha de coordinar-se amb la comunitat on viurà la persona gran amb discapacitat. En concret, destaca les valoracions de col·laboració, intervenció i, si s'escau, de mediació en les necessitats que sorgeixin. En aquest cas, la gestió de casos d'atenció personalitzada requereix un enfocament comunitari, integrar els residents de la comunitat i fer un treball interdisciplinari i integral.

2.4.2. *Senior cohousing* intergeneracionals

Els beneficis de les relacions intergeneracionals han estat àmpliament documentats (Hattan-Yeo i Ohsako, 2001; Sánchez, 2007, i Orte i Vives, en premsa). Conclouen que no és estrany crear llars *cohousing*, les quals, si bé inicialment estan dissenyades per a gent gran, acaben integrant diverses generacions. Durrett (2009b) ja constata que en entorns comunitaris és normal veure avis i néts que comparteixen espais o que les persones grans es converteixen en «tutors» o orientadors de generacions posteriors. De fet, es va inspirar en la llar multigeneracional de Grass Valley (Califòrnia) per explicar aquestes experiències. Abraham i DelaGrange (2006) comentaven experiències d'Austin (Texas), de Santa Fe (Nou Mèxic) i d'altres que eren desenvolupades en aquell moment a altres indrets dels Estats Units, que tenen en compte, a més de les característiques que n'hem enumerat, llocs de treball a poca distància i zones exclusives per a vianants.

Certament, es mantenen algunes de les activitats que ja hem descrit de les *senior cohousing* (tasques d'administració de l'edifici i de l'entorn o grups específics de tasques per al funcionament de les comunitats) i també se n'incorporen d'altres, com ara les que permeten compartir, donar-se suport, companyia o cultura (Sanguinetti i MacLane, 2016). Aquests autors en destaquen la importància, ja que augmenta el nombre de persones grans, i la manera com els usuaris poden participar amb la comunitat en les activitats descrites. A més, també en destaquen els beneficis, com ara estar més connectats amb la comunitat (sentir-s'hi identificat i ser-ne part) i amb la natura, mantenir la salut (els residents demostren nivells elevats de salut psicològica), i també manifesten que reben més suport social.

Un exemple el trobem a Denver (Colorado), on han estat construïdes 403 unitats residencials (vint-i-vuit de les quals son de *cohousing*) per poder donar resposta a les necessitats de la comunitat, especialment econòmiques, i amb la finalitat de poder vincular la comunitat i ser respectuós amb el medi ambient (Wright, 2016). Un altre exemple és Takoma Village Cohousing (Maryland), que és una construcció de quaranta-tres adossats creats el 2000. Les descripcions d'aquesta comunitat inclouen adjectius com «vibrant i autònoma», «pràctica», «diversa» i «respectuosa amb el medi ambient². De fet, els autors destaquen una frase d'un resident, que explica que no tots els que hi viuen són amics íntims, però que té la seguretat de comptar amb qualsevol persona si és necessari. Segons el darrer informe de l'AARP, hi residien

setanta persones grans i disset joves; usuaris que tenien edats compreses entre un i vuitanta-vuit anys, residents que s'identificaven com a membres del col·lectiu LGTB i persones amb diferents capacitats. Un darrer exemple pot ser el de Wolf Creek (Gass Valley). És una *senior cohousing* formada per una trentena de cases en les quals conviu gent gran amb històries similars i que fomenten un entorn sostenible i la idea de poder viure en plenitud (Durrett, 2009a).

2.4.3. Altres *cohousing* que incorporen gent gran

Actualment existeixen diferents models que responen a les necessitats i als desitjos de la gent gran i del seu entorn. En aquest sentit, han aparegut i apareixeran altres models que poden ser comparats a les *senior cohousing*. Un d'aquests serien les *green house*, un model desenvolupat pel gerontòleg Thomas, que vincula les *cohousing* a un model assistencial sanitari, especialment per a persones que pateixen unes determinades malalties, com ara l'Alzheimer o d'altres de cròniques. Són petites comunitats de vuit a deu residents que comparteixen la cuina, el menjador i la sala d'estar, però que tenen les seves llars individuals. Incorpora també noves tecnologies, que poden donar suport a aquesta assistència sanitària, així com tots aquells avantatges del medi ambient (llum, plantes i espais oberts); l'inconvenient o, en tot cas, un element que convé tenir molt present, són les llicències sanitàries requerides (Abraham i DelaGrange, 2006).

Uns altres models esmentats per aquests autors són els *collegeville development group*, on conviu gent gran interessada a assistir a classe amb estudiants universitaris, o les *eldershire communities*, que, si bé comparteix principis que ja hem descrits -com, per exemple, ser respectuós amb la comunitat, fomentar la qualitat de vida entre els residents, donar a conèixer el concepte d'envellir dins la comunitat-, incorpora la novetat de crear una xarxa de comunitats per fomentar el coneixement entre les *senior cohousing* (Abraham i DelaGrange, 2006). Dettman (2016) parla de dues experiències en lesbianes (*Village Hearth cohousing*) i persones de raça negra (*Columbia Ecovillage*), ambdues als Estats Units. El nord de Carolina s'ha convertit en un referent; de fet, allà són els pioners en els denominats *Planned Unit Developments* (PUDs) (Hinds, 2015).

Gràcies a les noves tecnologies, podem consultar els webs de les principals comunitats que promouen el *cohousing* entre la gent gran (de vegades també denominades *elder cohousing*) per poder observar l'impacte d'aquestes noves comunitats a Espanya, Europa i arreu del món. Alguns exemples són *l'Elder Cohousing* (www.eldercohousing.org), la *Cohousing Partners* (www.cohousingpartners.com) o, a Espanya, *l'eCohousing* (www.ecohousing.es). També podem consultar els webs de les *senior cohousing*, com ara *Silver Sage Village* (www.silversagevillage.com), *Elder Cohousing at Prospect* (www.prospectelders.com), *Oshara Village Commons* (www.osharavillage.com) o *ElderGrace* (www.eldergrace.org), entre molts altres.

Centrant-nos en Espanya, a més de l'associació Jubilares (que disposa de *senior cohousing* a Madrid, Barcelona, a les Illes Canàries, Astúries o Extremadura), una altra cooperativa bastant esmentada és la de Torremocha del Jarama i la *Senior Cohousing Cooperative* (de Trabensol), i Profuturo (Valladolid), que és una de les pioneres a Espanya (Massot, 2016). Actualment, en podem trobar d'altres, com Residencial Puerto de la Luz (Màlaga), creada fa més de catorze anys i que incorpora els espais comuns de jardí amb piscina, cafeteria, sala de cinema, gimnàs, perruqueria, biblioteca o una consulta mèdica. Aquesta ampliació significa que hi treballen setmanalment professionals com metge, cuiner o perruquer. El *Sostre Cívic* (Barcelona) funciona pagant una entrada i una quota mensual, de manera indefinida, per la qual cosa pot ser heretada i, si algú vol canviar de llar, li tornen l'entrada, l'IPC i les milliores fetes a la llar. Entrepatis (Madrid) és un projecte més intergeneracional, les famílies participants del qual ja inclouen en el disseny un hort urbà, un espai de treball i un de jocs per a nens. Cal recordar també aquelles iniciatives per a gent gran amb discapacitat, com les promogudes per la Fundació del Lesionado Medular (Madrid), les quals presenten certs avantatges, com el de disposar de suport de la comunitat i de la família, una llar adaptada i adaptable a qualsevol nivell de dependència, i amb un gestor de casos que forma part d'un equip interdisciplinari; d'aquesta manera, la fundació fomenta l'atenció integral i centrada en la persona (Jubilares, 2015).

2.5. Alguns resultats

Actualment, la majoria de documents sobre les *senior cohousing* estan dedicats a explicar-ne les etapes i característiques, aporten informació relativa a la millora de les xarxes socials, la salut psicològica i física. Amb tot, hi ha autors com Sanguinetti i MacLane (2016) que aporten resultats d'investigacions sobre aquestes comunitats. El seu estudi, elaborat el 2012 a través del *Cohousing Research Network*, se centra en comunitats intergeneracionals, en les quals participaren un total de cinc-centes persones de cent comunitats intergeneracionals.

El perfil de la mostra de gent gran fou el de persones que vivien a les llars individuals totes soles (54%), dones (73%), jubilades (86%), amb estudis (67%) i que estaven en aquelles comunitats una mitjana de nou anys. El perfil dels joves corresponia també a persones que vivien totes soles (39%), dones (73%), amb estudis (67%) i feia una mitjana de set anys que estaven a les comunitats. Els resultats avaluaren la percepció del suport social, la connexió amb la comunitat, el grau de satisfacció amb el *cohousing*, la salut percebuda, la connexió amb la natura i la participació en les activitats creades al *cohousing*. Els resultats mostraren nivells de satisfacció elevats en totes les variables, tant per part dels joves com de la gent gran, sense diferències entre els grups generacionals.

Aquests resultats són semblants als obtinguts ja fa una dècada per Shin (2004), el qual avaluà la satisfacció respecte de les primeres *senior cohousing*. Descriu el perfil dels

residents, les característiques de les llars, els tipus d'activitats, els motius que impulsaren una persona a quedar a una *senior cohousing* i mantenir-la, i la satisfacció amb la vida.

Respecte del primer ítem, ja el 2004 predominaven les dones, d'una mitjana de setanta anys, i hi havia un equilibri entre les persones que hi vivien totes soles (un poc més nombroses) i les que conviuen en parella; un 20% disposaven d'un títol universitari i feia més de tres anys que conviuen a la comunitat. Respecte de les llars, tot i que hi ha diferències segons el país (Dinamarca i Suècia) i l'entorn on estan construïdes (per exemple, a Dinamarca, normalment estaven situades en entorns amb baixa densitat demogràfica, però les de Suècia eren més pròximes a zones amb densitat elevada), la majoria disposaven de bugaderia, sala de reunions i zones exteriors com a elements comunitaris. La majoria d'usuaris consideraren que les dimensions de la seva llar eren adequades (generalment, entre 40 m² i 114m²). Les activitats més comunes, com és natural, són el comitè de direcció i els espais no formals, com ara les reunions per prendre cafè. De les altres activitats, n'hi ha una gran diversitat, tant en les activitats com en la freqüència d'assistència. La majoria d'usuaris manifestaren raons ideològiques i de gestió de la llar com a motius per decantar-se per aquest model de convivència, i sembla que la motivació envers aquesta convivència es mantenia, ja que la majoria no s'havia plantejat «mai» partir de la *senior cohousing*. Així doncs, no ens hauria d'estranyar que el 95% manifestessin un nivell de satisfacció molt elevat amb la llar i les condicions de vida («bona» o «molt bona») i que molts pocs pensessin que el seu sistema de convivència fos pitjor que les altres opcions, fins al punt que el 97,8% recomanarien a altres persones grans aquesta via de convivència.

Com hem pogut comprovar, el nombre de dones a les *senior cohousing* sol ser més elevat que el d'homes. Per això, hem de fer al·lusió a l'obra de Morris (2008), que analitza el rol de les principals pioneres del *senior cohousing* als Estats Units, com ara McCamant, que va crear una comunitat i és coautora del llibre *Cohousing. A contemporary Approach to Housing Ourselves*, i altres emprenadors, com Peterson o Zabaldo.

2.6. Conclusions

Les *senior cohousing* s'han convertit en un sistema de convivència vàlid i real per a les persones grans arreu del món. Una de les claus de l'èxit és la combinació de la part privada (que fomenta, així, la independència) i la part comunitària (amb tots els beneficis que representa) (Critchlow, 2015). Aquesta suma permet desenvolupar un envelliment actiu, una participació social real i, si és necessari, una atenció integral a la persona.

Com sabem, un projecte que des del primer moment incorpora els usuaris, participants o residents té moltes més garanties d'èxit que un que no ho fa. Ho descriu, per exemple, el Protocol de Vancouver, que afirma que un projecte d'aquestes característiques pot transformar una ciutat en una Ciutat Amigable per a la gent gran (2007). Possiblement

aquesta en sigui una clau de l'èxit: incorporar des del primer moment un col·lectiu que té ganes de participar en el disseny de la seva llar, que ha vist envellir els pares (i on ho han fet) i que ells mateixos no volen envellir de la mateixa manera, o, si més no, volen intentar millorar el procés i adaptar-lo a les seves necessitats i expectatives (Abraham i DelaGrange, 2006). En paraules de Durrett (2009a), «primer es construeix la comunitat i després l'edifici».

La necessitat de convertir-les en una opció entre les altres que ja estan consolidades a Espanya es justifica amb les dades que hem descrit al llarg del capítol, no solament perquè de cada vegada hi ha més (i n'hi haurà més) gent gran, sinó també perquè el seu perfil (augment de l'esperança de vida) fa que canviïn les necessitats de les llars i de les persones que hi conviuen (Abellan i Pujol, 2016b). La gent d'edat té un gran potencial en tots els àmbits i és un valor fonamental per a la societat, i, si tenim present que la llar forma part de les dimensions de la nostra qualitat de vida, la millor cosa que podem fer és tenir la possibilitat de participar-hi des del moment de crear i construir la llar on volem passar aquesta etapa de la vida. Pevny (2014) explicita: «com, en el meu envelliment, puc treure el millor de mi». En definitiva, de quina manera volem viure el nostre envelliment.

No solament es tracta de tenir una llar que ajudi a millorar la qualitat de vida dels residents, sinó de desenvolupar els valors que són potenciats a les *senior cohousing*: diversitat, tolerància, inclusió, sostenibilitat, capacitat de flexibilitzar pensaments i col·laborar en les decisions de la comunitat (Wright, 2016). En definitiva, cinc valors principals: estil de vida saludable, respecte pel medi ambient, interès per les arts, aprenentatge permanent, i creixement personal per a la comunitat i des de la comunitat (Abraham i DelaGrange, 2006). Per aconseguir-ho, cal estar compromesos des del començament i entendre que és un procés a mitjan termini i no una opció immediata (solament ho seria si la *senior cohousing* ja estigués creada i habitada). Possiblement aquest sigui un dels impediments que n'hagi obstaculitzat el desenvolupament a Espanya, tot i que també hom assenyala la desconfiança de la gent gran i dels promotors respecte d'allò desconegut i la manca d'estructures socials (Massot, 2016). Evidentment, també cal tenir previst aquells conflictes que poden aparèixer en el dia a dia, per exemple, la durada de les reunions, l'import de les despeses o del manteniment de les zones comunes, o l'activació, o no, d'unes activitats determinades (Ryan, 2016). És per aquest motiu que no solament cal tenir present el compromís envers el projecte, sinó que també és recomanable comptar amb aquelles habilitats per gestionar els conflictes que puguin aparèixer (Schaub, 2016). Dels avantatges d'aquestes *senior cohousing* que hem descrits al llarg del capítol, el principal és el suport comú, però també l'impacte social i cultural, l'adaptació de les llars i l'entorn a les necessitats de cada resident, la cultura del reciclatge, la sostenibilitat, l'aprenentatge de decidir conjuntament i conscientment, l'optimització de recursos i l'abaratiment de tots els costos dels serveis (Jubilares, 2015).

Per tant, es tracta d'una proposta de convivència que potencia totes les dimensions de la qualitat de vida. La física, a través d'activitats físiques comunes que milloren l'estat físic i ajudes a prevenir aquelles circumstàncies que poden derivar en malalties a causa d'una vida sedentària, i, en cas de necessitat, poder disposar d'una atenció sanitària de manera regular (o al si de la comunitat) en determinats casos. La dimensió psicològica també és potenciada, ja que ajuda la persona a sentir-se útil dins una comunitat, fomentant l'autoconcepte i l'autoestima; i, evidentment, la dimensió social, principal eix de les *senior cohousing*, especialment en la xarxa i el suport social (Ballester i Macías, 2015).

Els seus efectes, evidentment, no es limiten a la gent gran, sinó que també inclouen l'entorn, el benefici mutu entre comunitat i entorn per fer-los més sostenibles i més saludables per a la vida de la gent gran (Durrett, 2009a). Seguint aquest autor, també aporta beneficis als professionals que participen en el procés, el primer dels quals és la gratificació de saber que es construeixen unes llars destinades al benestar físic, social i emocional per als residents i d'una manera més econòmica i sostenible (Durrett, 2009a, 54).

En conclusió, entenem que és una opció vàlida que ha d'incloure les sinergies de gent gran motivada i compromesa per viure en comunitat -però que ha de conservar el seu espai individual-, professionals de diferents àmbits (construcció i sanitari, principalment) que creguin en el projecte i treballin d'una manera interdisciplinària, entorns que permetin aquesta nova manera de convivència, i també polítiques socials que la facilitin i reforcin (Abellán i Pujol, 2016b). Ha demostrat que beneficia la qualitat de la gent gran, permet una atenció integral i centrada en cada persona i els dóna el protagonisme que necessiten per construir la seva llar.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A. i Pujol, R. (2016a). Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, 14. Madrid.

Abellán, A. i Pujol, R. (2016b). Las personas mayores viven fundamentalmente en pareja o en soledad. Envejecimiento en red. *Blog Envejecimiento*, de 6 d'abril, 2016. Recuperat de: <http://bit.ly/1REgolw>.

Abraham, N. i DelaGrange, K. (2006). Elder cohousing. An idea Whose time has come? *Communities*, 132, 60-69.

AARP (2015). *Annual Report*. Washintong: AARP. Recuperat de: www.aarp.org

Asociación Jubilares (2015). Viviendas colaborativas. Cohousing, senior cohousing y jubilares. *Jornada Cohousing: autonomía y participación en la creación de nuevas alternativas residenciales*, 24 de setembre. Madrid: IMSERSO y Fundación Pilares.

Ballester, Ll. i Macías, L. (2015). Les xarxes de relacions i suport de les persones grans de Mallorca. Dins Orte, C. (2015). *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears. 2015*. Palma: Universitat de les Illes Balears, Govern de les Illes Balears i Caixa Colònia (pp. 108-122).

Berzosa, G. (2015). Cohousing para las personas con discapacidad. Autonomía y participación en la creación de alternativas residenciales. *Jornada Cohousing: autonomía y participación en la creación de nuevas alternativas residenciales*, 24 de setembre. Madrid: IMSERSO y Fundación Pilares.

Critchlow, M. (2015). Senior Cohousing in Canada: how baby boomers can build social portfolios for aging well. *Communities*, 166, 28-33.

Dettman, C. (2016). Queer, Person of Color, or Low-Income, Is cohousing possible for me? *Communities*, 170, 22-23.

Durrett, Ch. (2009a). Senior Cohousing. Establishing a Healthy, Sustainable Lifesyle for an Aging Generation. *Communitues*, 145, 54.

Durrett, Ch. (2009b). *Manual de Senior Cohousing*. Madrid: Dyckinson.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., i Maciá, A. (1996). Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. Madrid: INSERSO.

- Godwin, J. (2016). Blogging, Teewting, Newsletter and Facebook: Where will your group's voice be Heard? *Aging Better Together. The power of Community. National Cohousing Conference*. Salt Lake City, UT, 20-21 de maig de 2016.
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A., Arias, B., i Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la escala FUMAT. *Intervención Psicosocial*, 17, 189-200.
- Hattan-Yeo, A. i Ohsako, T. (Eds.) (2001). *Programas Intergeneracionales: Política pública e implicaciones en la investigación. Una perspectiva internacional*. Instituto de Educación de The Beth Johnson Foundation. UNESCO
- Herman, L. i Allsep, L. (2016). *How to build a great team*. Linda Herman Consulting. 20 de maig de 2016. Recuperat de: www.cohousing.org.
- Hinds, J. T. (2015). Tee Chaning Landscape of the Law: Experiences in Cohousing. *Communities*, 168, 47-50.
- IMSERSO (2005). *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependència en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. IMSERSO.
- INE (2016). Encuesta continua de Hogares. Año 2015. Notas de Prensa. 6 d'abril de 2016. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Lawhon, L. (2013). *Senior Cohousing: an option for boomers*. *Planning*, 79(10), 38.
- López, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Colección Estudios, Serie Personas Mayores, 11001. Madrid: IMSERSO.
- Massó, M. S. (2016). Cohousing: los mayores activos que eligen cómo y dónde quieren vivir. Entre Mayores, 09-03-2016. Recuperat de: http://www.entremayores.es/spa/a_fondo.asp?var2=Reportajes&nar1=8&nar2=52&nar3=25351&nar5=2
- Miller, Cl. i Miller, B. (2016). *Getting the work done in a senior cohousing community*. *Wolf Creek Lodge*. Recuperat de: www.wolfcreeklodge.org.
- Morris, B. (2008). Women and Cohousing: Pioneers, Visionaries and Leaders. *Communities*, 138, 11-14.
- OMS (2007). *WHO Age-friendly project methodology*. Vancouver Protocol.

ONU (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. A/CONF.197/9. Nueva York: Organización de Naciones Unidas

Orte, C. i Vives, M. (en prensa). *Proyectos intergeneracionales en las escuelas*. Madrid: Octaedro.

Paiss, N. A. (2003). How will I live my Elder years in community? *Communities*, 119, 30-32.

Pevny, R. (2014). *Conscious Living, Conscious Aging: Embrace & Savor your Next Chapter*. EUA: Beyond Words Pubising.

Profis, M. (2015). Bestie Row. Best Friends Live Netx to Each Other. *Country Living*, 11 de maig del 2015. Recuperat de: www.countryliving.com/real-estate/a35461/bestie-row

Rodríguez Rodríguez, P. (2015). Atención Integral y Centrada en la Persona. Principios y criterios de planificación de AICP en un senior cohousing. *Jornada Cohousing: autonomía y participación en la creación de nuevas alternativas residenciales*. 24 de setembre. Madrid: IMSERSO y Fundación Pilares.

Ryan, E. (2016). 20 Questions and Answers About Cohousing. *AARP Magazine*, gener del 2016. Recuperat de: www.aarp.org/livable-communities/

Sánchez, M. (Dir.) (2007). Programas Intergeneracionales. Hacia una Sociedad para todas las Edades. *Colección de estudios sociales, 23*. Barcelona: Obra Social, Fundació La Caixa.

Sanguinetti, A. i MacLane, Ch. (2016). Seniors in Intergenerational Cohousing Findings from a National Survey. *Aging Better Together. The power of Community. National Cohousing Conference*. Salt Lake City, UT, 20-21 de maig de 2016.

Schaub, L. (2006). The Cohousing Conference in Carolina..., a Senior Moment? *Communities*, 133, 15-19.

Schaub, L. (2016). Community Conversations about aging. What you need to talk about and how. *Regional Cohousing Conference*. Salt Lake City, 19 de maig de 2016.

Shin Choi, J. (2004). Evaluation of Community Planning and Life of Senior Cohousing Projects in Northern European Countries. *European Planning Studies*, 12(8), 1189-1216. DOI: 10.1080/0965431042000289296.

Walker, A. (2010). *Ageing and quality of life in Europe*. Dins: Dannefer, D. i Phillipson, C. (Eds). *Handbook of social gerontology*. Sage.

Wright, C. (2016). Design elements Serving Families and Elders. Going beyond building. *Aging Better Together. The power of Community. National Cohousing Conference.* Salt Lake City, UT, 20-21 de maig de 2016.

Autora

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma (1978). Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la UIB. Professora contractada, doctora interina del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Entre les seves línies de recerca principals destaca la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil, i la resolució de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, en què ha treballat amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida en la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de la Gent Gran (IMAS) i participant en la comissió de Protecció del Major d'aquest observatori.

VERS UN ENVELLIMENT INTEL·LIGENT

Vers un envelliment intel·ligent

Francesc Joan Andreu Alcina

Resum

El següent escrit mostra els aspectes fonamentals del que es coneix com a intel·ligència espiritual, metafísica o existencial. La idea nuclear és prendre consciència que el desenvolupament integral i harmònic de la persona està directament relacionat amb la intel·ligència espiritual. A partir d'aquesta constatació, es fa una breu immersió en els aspectes o dimensions més propis de les persones grans per tal que siguin capaces de viure aquesta etapa de la vida de manera plena i satisfactòria. Ho anomenem envelliment intel·ligent.

Resumen

El escrito que presentamos a continuación presenta los aspectos fundamentales de lo que se conoce como inteligencia espiritual, metafísica o existencial. La idea central es tomar consciencia de que el desarrollo integral y armónico de la persona está directamente relacionado con la inteligencia espiritual. A partir de esta constatación, se hace una breve inmersión en aquellos aspectos o dimensiones más característicos de las personas mayores que las hace capaces de vivir esta etapa de su vida de manera plena y satisfactoria. Esto es lo que entendemos por envejecimiento inteligente.

1. Introducció

Si una conclusió ha quedat clara en els darrers decennis, és la complexitat i riquesa de la intel·ligència humana. A partir d'aquesta constatació, és ineludible la referència al mapa de les intel·ligències múltiples de Howard Gardner i de la teoria de la intel·ligència emocional de Daniel Goleman. A partir de llurs aportacions cal parlar d'una pluralitat de dimensions que, de manera sistemàtica, estructural o holística, fan possible el desplegament de la intel·ligència humana. En un intent d'englobar les anteriors aportacions i d'incorporar altres dimensions oblidades pels autors anteriors, s'ha anat introduint el concepte d'intel·ligència espiritual.

Entre aquestes múltiples dimensions que no s'havien tingut suficientment en compte, s'han d'incloure tot un ventall d'aspectes irrenunciables si es vol parlar d'una vida en plenitud. Es tracta d'aspectes, com ara la recerca del sentit de l'existència, la capacitat d'elaborar projectes de vida, la capacitat d'interpretar símbols i derivar determinats valors a partir d'aquestes hermenèutiques simbòliques. Aquesta dimensió intel·ligent requereix ser exercitada i aprofundida per tal que vagi consolidant la maduració progressiva i pugui desplegar el potencial que duu incorporada.

L'elaboració de valors, el diàleg integrador de les diferències, el reconeixement de la dignitat de la persona, la descoberta del caràcter sapiencial del coneixement, la contemplació integral de la realitat, la meditació reflexiva, l'astorament vers l'existència, l'experiència oceànica i, fins i tot, l'exercici físic són diferents aspectes que fan possible el desenvolupament de la dimensió espiritual de la intel·ligència humana.

Aleshores, una primera reflexió que es farà en les pàgines següents és elaborar una aproximació a les implicacions antropològiques de la comprensió adequada de la intel·ligència espiritual entesa com un dels constitutius de la persona humana. Per tant, no es pot parlar de persona humana sense apel·lar a la seva dimensió espiritual. El procés de personalització (d'humanització, si es prefereix) està directament relacionat amb la capacitat de desplegament de la intel·ligència de la persona i, en concret, de la capacitat de desplegament dels diferents aspectes que impliquen la dimensió espiritual de la dita intel·ligència.

A partir d'aquest rerefons, intentarem posar de manifest alguns aspectes propis i peculiars de la intel·ligència espiritual característica de l'etapa de la vida en què l'experiència del límit i la finitud adquireixen un lloc preeminent i es beslluma l'horitzó del seu final.

2. Intel·ligència espiritual, existencial o transcendent

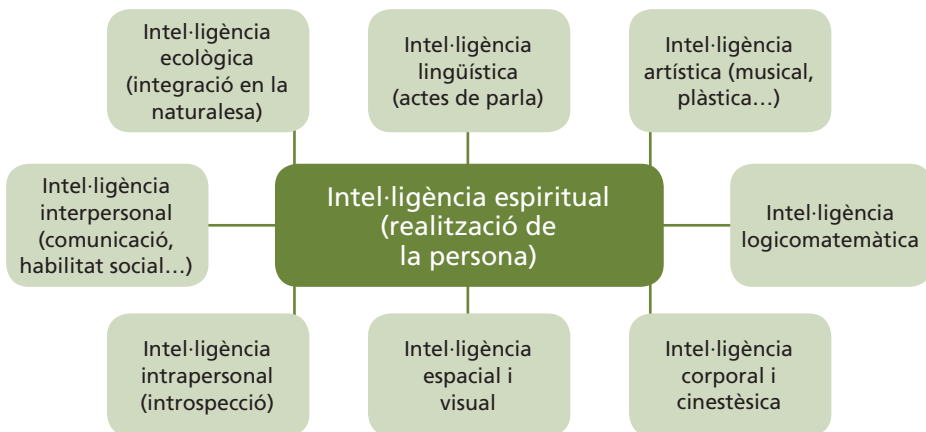
La primera idea que ha de quedar clara és la connexió entre la intel·ligència espiritual, la humanització i la construcció integral i ètica de la persona. La possibilitat que tota persona té de viure una vida realitzada implica una integració simbòlica de les experiències que va afrontant al llarg de la seva existència. La presa de consciència de què implica haver nascut, de què implica haver de morir, el pas del temps i les seves implicacions, el sofriment propi i aliè, el goig i l'esperança, la vivència del límit, la contemplació de la bellesa i de la lletjor, la cerca i el descobriment d'estímuls i valors que ens donin la força suficient per seguir endavant malgrat el cansament o la frustració... Totes aquestes experiències, viscudes de manera fragmentària, reclamen un centre unificador que les connecti i cohesioni. Davant aquesta pluralitat de fets, de circumstàncies, de vivències es beslluma la possibilitat de comprendre la nostra vida en un context més ampli i significatiu que cohesioni i doni sentit a tot el que ens passa, ens ha passat i ens passarà. Precisament, la instància que fa possible tota aquesta vivència comprensiva i portadora de sentit d'això que ens presenta la vida és la intel·ligència espiritual. En definitiva, ni la intel·ligència lògica i matemàtica (bàsicament analítica) ni la intel·ligència emocional són suficients per explicar els anhels tan complexos i les exigències de sentit de la persona humana. Cal apel·lar a un centre intel·ligent unificador que coordini i faci possible ampliar les perspectives i dimensions de la intel·ligència humana que atorguin un sentit global proporcionant valor i dignitat al que som i al que fem.

A continuació, inspirats en les aportacions sistemàtiques de F. Torralba (2010), presentarem uns esquemes que ens permetran visualitzar les dimensions i els aspectes fonamentals del que anomenem intel·ligència espiritual.

Una vegada feta aquesta presentació, encetarem un nou apartat per tal d'aprofundir en algunes de les dimensions característiques pròpies de l'envelliment i de les persones que afronten la seva darrera etapa de la vida.

a) Les principals dimensions de la intel·ligència espiritual

En l'esquema següent es pot observar de manera molt gràfica quines són les principals dimensions de la intel·ligència espiritual. El procés de personalització que els humans anem elaborant durant la nostra vida és una funció directa de com anem gestionant i integrant de manera coordinada totes aquestes dimensions:



De l'observació de l'esquema anterior es poden destacar els aspectes o dimensions següents:

- **Dimensions de la intel·ligència espiritual:**
 1. La recerca del sentit i del significat de tot el que experiment, visc i anhel.
 2. Les preguntes últimes, fonamentals o substancials: per què sóc al món?, quin sentit té la meua existència?, què puc esperar després de la meua mort?, quin sentit té el món i la història?, per què hem de sofrir?, per què hem de lluitar?, i com puc donar (o trobar) sentit a la meua vida?

3. Capacitat de distanciament que permet assolir una visió crítica de la realitat, de la realitat dels altres i de la meua pròpia realitat.
4. L'autotranscendència. La llibertat constitutiva de la persona faculta l'home a apropiarse de la seva pròpia realitat transcendint els assoliments sempre provisionals que va fent al llarg de la seva vida. (Andreu, 2006: 101-118).
5. L'astorament o la capacitat de sorpresa i d'admiració enfront de la vida, de l'existència i de la realitat.
6. El coneixement d'un mateix i la intel·ligència intrapersonal. A partir d'aquestes dimensions es pot anar construint i entenent la identitat de la persona. En aquest sentit, «el procés d'humanització de la persona l'allibera tant dels seus condicionaments externs com dels interns, sense deixar-la caure dins un llibertinatge autodestructiu posant en marxa un camí vers la realització de la seva identitat». (Andreu, 2015: 606).
7. La capacitat de valorar. La capacitat valorativa, la qual configura la persona en subjecte ètic, és pròpia dels éssers humans.
8. El goig estètic.
9. La descoberta i la vivència del misteri. En aquest àmbit, la paraula misteri no és el mateix que un enigma. Un enigma és quelcom que ara no es coneix però que és susceptible de ser conegut en un futur (a través de nous descobriments, per acumulació de dades...). En canvi, el misteri és la dimensió internament incognoscible de la realitat. El misteri, doncs, pertany a un àmbit distint. La intel·ligència espiritual ensopega amb el límit d'un abisme insondable de tot el que l'envolta i de tot el que constitueix la persona com a tal.
10. La recerca d'una saviesa. La saviesa esdevé quan la persona humana experimenta un trànsit del coneixement científic i especulatiu a la vivència del bé inscrit en el ser de les coses que l'envolten.
11. El sentiment de pertinença al Tot (sentiment oceànic...) i la superació de la dualitat. A través d'aquesta experiència, la persona se sent integrada en la realitat. Per tant, el coneixement sapiencial de la realitat possibilita el desvetllament progressiu de la persona humana que experimenta aquest coneixement. Aquesta experiència tan sols s'explicita quan prenem consciència que tota persona humana és una imatge de la realitat entesa globalment, entesa com un tot.
12. El poder del símbol i de les creacions simbòliques. La pretensió del llenguatge i de les creacions simbòliques és assolir un coneixement amorós de la realitat integral i,

per això mateix, intenta posar la persona en contacte vivencial amb aquesta realitat. Per tant, el coneixement simbòlic exigeix un coneixement participatiu entre el subjecte que coneix i la realitat coneguda. En definitiva, el llenguatge simbòlic és una «introducció» o un «fer entrar dedins» que duu el que es diu a l'interior de l'oient i el transforma com a persona. (Andreu, 2015: 608).

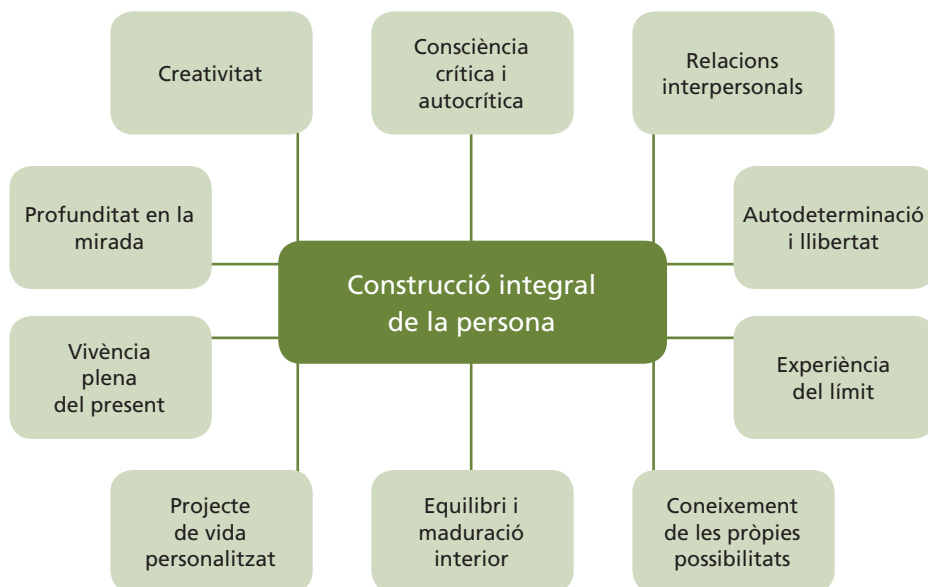
13. La crida interior (la veu de la consciència).
 14. L'elaboració dels ideals de vida (capacitat de dissenyar un projecte existencial personalitzat obert a la dimensió social i a les relacions interpersonals).
 15. L'experiència d'estar relligat a la realitat.
 16. La ironia i l'humor.
- **El cultiu (el desplegament) de la intel·ligència espiritual:**

La posada en marxa de les dimensions de la intel·ligència espiritual requereix la pràctica i el cultiu de determinats aspectes que estan a l'abast de tota persona. A través del desplegament de totes aquestes dimensions, la persona humana pot anar assolint un procés de realització personal que actualitzi la dignitat que en fa possible la maduració. Quins són, doncs, aquests aspectes que dinamitzen de manera concreta el desenvolupament i la maduració de la persona?

1. La recerca i la pràctica de la soledat.
2. La recerca i la pràctica del silenci i la pràctica de la meditació.
3. La contemplació.
4. Exercitar una reflexió filosòfica dirigida a la saviesa.
5. La dimensió espiritual de l'art (gaudir de l'art).
6. El diàleg constitutiu d'un mateix i dels altres.
7. L'exercici físic i la cura de la pròpia corporalitat.
8. El no fer res.
9. L'experiència de la fragilitat, del límit i del sofriment.
10. La intercomunicació solidària amb els altres.

- **La construcció integral de la persona com a resultat del desplegament de la intel·ligència espiritual:**
 1. La riquesa interior: la creativitat.
 2. Profunditat en la mirada.
 3. Consciència crítica i autocrítica.
 4. Relacions interpersonals de qualitat: transparència, receptivitat, capacitat de sacrifici i entrega (lògica de la donació interpersonal).
 5. L'autodeterminació des de la llibertat.
 6. El sentit i l'experiència dels límits com a oportunitats de creixement personal.
 7. El coneixement dels propis límits i possibilitats.
 8. Equilibri interior.
 9. L'existència com a projecte de vida personalitzat.
 10. Vivència plena del present (de l'ara): l'instant com a anticipació de l'eternitat.

Tots aquests aspectes es poden sistematitzar en el gràfic següent:



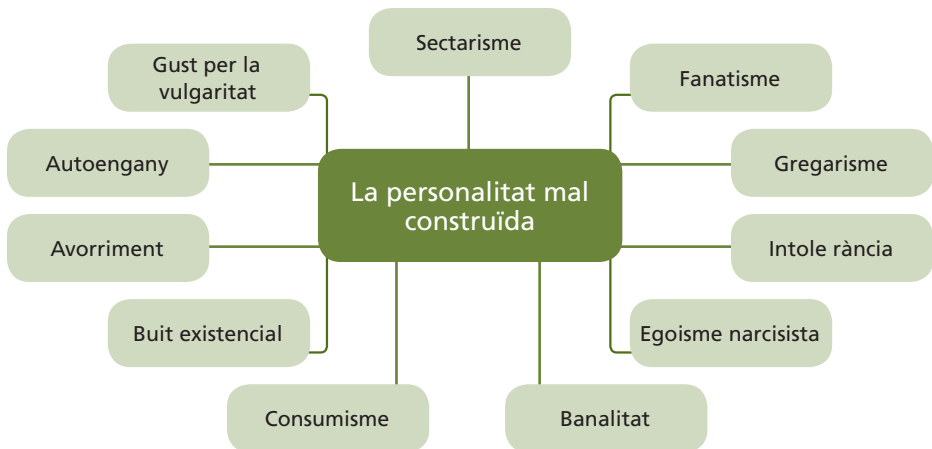
b) Els símptomes de l'atròfia de la intel·ligència espiritual en la persona i la paràlisi vital

Fins ara hem vist les dimensions que unifiquen i fan possible el desenvolupament integral de la persona humana. Ara farem una aturada breu en les actituds que mostren un bloqueig de la intel·ligència espiritual que té com a principal conseqüència una paràlisi vital de la persona. Estam, doncs, davant el que podem anomenar una personalitat mal construïda incapaç de desenvolupar el grau de potencialitat humana que duu incorporada.

Quines són, doncs, aquestes actituds?

1. El sectarisme.
2. El fanatisme.
3. El gregarisme.
4. La intolerància.
5. L'egoisme narcisista.
6. La banalitat.
7. El consumisme.
8. El buit existencial.
9. L'avorriment.
10. L'autoengany.
11. El gust per la vulgaritat.

Una vegada més, recollim en un gràfic tots els aspectes que hem apuntat en un intent de sistematitzar el que acabem de dir:



3. Les principals dimensions que fan possible un envelliment intel·ligent

Ha arribat el moment de focalitzar tot el que hem dit fins ara en la qüestió que ens preocupa: l'envelliment intel·ligent.

La idea nuclear que volem destacar és que la vivència intel·ligent de l'envelliment consisteix a viure aquesta etapa de la vida com un període més de creixement personal. Certament, en aquesta etapa hi ha alguns aspectes de la vida que emergeixen de manera destacada.

Les dimensions de la fragilitat i el límit, les experiències associades al sofriment físic i a la malaltia esdevenen elements la presència dels quals pot ocupar un primer ordre. D'altra banda, un altre aspecte que no es pot oblidar és l'horitzó de la mort com a punt final d'un projecte existencial que s'ha anat desenvolupant al llarg del temps.

Però totes aquestes dimensions es troben inserides en un bagatge que la maduració personal que pot haver acompanyat el pas del temps permet que s'integrin dins l'horitzó de sentit que s'ha anat creant i experimentant.

Quant a les situacions límit, sempre presents durant l'itinerari vital, són unes grans activadores de la intel·ligència espiritual. És propi de les etapes de maduració personal prèvies a la vellesa esquivar dites situacions, ajornar-les per un altre moment. Les derivades d'aquesta manca d'enfrontament a aquestes situacions impliquen la pèrdua de contacte amb la vida i la incapacitat de donar resposta als problemes existencials que la vida presenta. Precisament el que fa possible la maduració de les persones és la descoberta i la vivència d'aquestes experiències de vulnerabilitat. La maduresa personal «consisteix a ser conscient de la fragilitat pròpia, a tenir la lluïdesa respecte al que un és» (Torralba, 2010: 223). I aquí precisament rau la fortalesa d'aquell que ha desenvolupat adequadament la intel·ligència espiritual pròpia. La persona gran ja ha viscut el temps suficient per haver hagut d'integrar la dada empírica i existencial de la vulnerabilitat. Una de les conseqüències positives d'aquesta integració és la ruptura que suposa en relació amb la consideració i importància de les realitats d'aquest món i de les suposades seguretats de la vida. La relativització d'aquestes seguretats que es donen per suposades trasllada la persona a un nou àmbit de profunditat existencial i fa possible la recerca del sentit de la vida. Aquesta nova dimensió és, precisament, l'espai propi de la intel·ligència espiritual de la persona. Aleshores, la persona amb més edat disposa de l'experiència i dels recursos suficients per fer una lectura de les situacions límit a partir del sentit que viu i experimenta a partir de la realització del seu projecte existencial. És més, la persona gran està en disposició de compartir i ajudar les persones més joves que l'envolten a afrontar la pèrdua de consciència, a la qual ens hem referit anteriorment. Una presa de consciència que, com hem insinuat, és el principi de la maduració personal. En aquest sentit, es pot crear una fusió d'horitzons personals positiva entre els més joves i els més grans de tal manera que l'energia desbordant d'aquells a qui encara els queda molt de recorregut vital s'integri i es fusioni creativament amb la densitat de sentit de què disposen els més vells.

D'altra banda, de les experiències límit, en destaca una per la seva radicalitat existencial i que la persona de més edat experimenta com a propera. Efectivament, la mort es presenta, en un primer moment, com aquella instància que aniquila tota possibilitat de sentit existencial. Una primera lectura de la mort ens presenta el seu caràcter destructiu incompatible en la legítima aspiració a la felicitat que tota persona cerca a través del desplegament del seu projecte existencial. Però ves per on que un dels símptomes de la

persona madura és, precisament, la capacitat que té d'integrar la mort en el seu projecte de vida. La vellesa intel·ligent passa, doncs, per tenir la capacitat d'experimentar que la mort també dóna sentit i valor a cada instant de la vida. L'horitzó de la mort empeny la persona a haver d'elegir de manera intel·ligent els continguts que ens ajuden a construir una vida amb sentit i a elaborar una jerarquia de valors que prioritzi les situacions i els continguts que vertaderament són importants i decisius per al projecte existencial que anem construint dia a dia. Des d'aquest rerefons, l'horitzó de la mort pròpia és una de les ocasions perquè la persona gran pugui actuar exercint la vertadera llibertat constitutiva que dóna contingut al que un vol ser i realitzar. Aquesta accentuació de l'exercici de la llibertat pròpia és l'ocasió per poder desplegar una lectura crítica i distanciada de les situacions personals i col·lectives que necessàriament configuren el nostre entorn vital.

En aquest sentit, dimensions de la intel·ligència espiritual, com ara la saviesa que deriva de l'experiència amorosa i de l'entrega generosa d'un mateix a les coses i a les persones, l'explicitació ètica de la subjectivitat de la persona gran i, per això mateix, amb més experiència, poden ajudar a fer una lectura més distanciada de les coses per tal de destacar-ne les dimensions humanes que s'hi amaguen. La vida construïda de manera intel·ligent gira al voltant del valor i de la dignitat del que en diem humà. Ara bé, la lluita pel desplegament de la dignitat humana no és possible fora del reconeixement de la persona com a centre de la vida on un mateix se sent integrat. La persona gran gaudeix, precisament, de la llibertat i del bagatge humà suficient per ser testimoni explícit d'aquesta actitud.

Una altra dimensió especialment radicada en la persona gran és la memòria viva de què és portadora. La possibilitat de compartir aquesta memòria amb les generacions més joves permet transmetre els valors positius d'una vida realitzada i alertar sobre aquells valors que la dificulten.

Finalment, la vivència del misteri i el sentiment de pertinença a un tot més ampli són dues de les dimensions que més protagonisme adquireixen i ajuden a un envelliment intel·ligent. Saber-se com un petit fragment d'un tot més ampli i que ens desborda i ens commou és una de les experiències que denoten l'assoliment d'un grau més alt d'intel·ligència espiritual. La capacitat de sorpresa davant una nova vida (un nét, per exemple) o enfront de l'enigma de la mort (d'un amic o un familiar), l'astorament que ens transmeten les tristeses i els gojos propis i aliens fa que la sensació de misteri de tot el que ens envolta no desaparegui mai. La realitat que vivim gaudeix d'una profunditat portadora de sentit que ens reclama com a part seva. Des d'aquesta perspectiva, la persona humana, sabent-se mortal, anhela i es percep a si mateixa com una realitat oberta a la immortalitat. La persona gran és, sens dubte, plenament conscient del seu caràcter moral, però el jo que ha esdevingut a través del desplegament de la seva intel·ligència espiritual té pretensions d'immortalitat. Aquí rau el nucli d'aquest misteri que ens envolta i que, com a éssers intel·ligents, ens obre les portes per tal de viure una vida realitzada i plena de sentit.

Referències bibliogràfiques

Andreu, J. (2006). Vers una comprensió de la persona oberta a la transcendència i a l'experiència del fonament. *Revista Comunicació*, 115-116

Andreu, J. (2015). El cercle de la saviesa: Ramon Llull i la mística sapiencial. *Revista Catalana de Teologia*, 40/2.

Torralba, F. (2010). *Inteligència espiritual*. Plataforma Editorial. Barcelona: Plataforma Editorial.

Autor

FRANCESC JOAN ANDREU ALCINA

Palma (1967). Diplomant en Ciències Empresarials per la UIB. Llicenciat en Filosofia i Lletres (especialitzat en Filosofia) per la UIB. Llicenciat en Teologia (especialitzat en Teologia Sistemàtica) per la Facultat de Teologia de Catalunya. Doctor en Filosofia per la UIB. Doctor en Teologia per la Facultat de Teologia de Catalunya.

És professor al Centre d'Estudis Teològics de Mallorca (CETEM) i a l'Institut Superior de Ciències Religioses de Mallorca (ISUCIR) i imparteix les assignatures d'Antropologia Filosòfica, Història de la Filosofia i Misteri de Déu, entre d'altres.

Ha publicat diversos llibres, com ara *Voluntat de fonamentalitat i experiència de Déu. Zubiri i el problema de Déu* (Barcelona, 2007); *Ramon Llull y el pensamiento transcendental como vía de acceso a la trascendencia* (Barcelona, 2012), i *Ramon Llull, intérpret de Déu* (en premsa).

Entre els diversos articles científics i de divulgació que ha publicat destaquen «El pulchrum com a moment transcendental de la realitat: breus reflexions sobre el fenomen estètic des de la metafísica de X. Zubiri» (*Revista Taula*, núm. 38); «Vers la recerca del sentit de l'existència i de la finalitat de l'Univers: Unamuno i la fam d'immortalitat d'un home de carn i ossos» (*Revista Comunicació*, núm. 119-121); «Creació i experiència de Déu: Francesc d'Assís, integrador d'una nova ecologia» (*Revista Comunicació*, núm. 125-126); «Diàleg interreligiós i obertura de l'home vers Déu» (*Publicacions del CETEM*, núm. 46); «El cercle de la saviesa: Ramon Llull i la mística sapiencial» (*Revista Catalana de Catalunya*, núm. 40/2), i «Contemplació, conversió, llenguatge i missió: Quatre claus per a comprendre la vida i el pensament de Ramon Llull» (*Revista Comunicació*, núm. 132).

Com a soci fundador de l'Associació Filosòfica de les Illes Balears (AFIB), ha participat en la coorganització de diverses activitats culturals com ara: Jornadas de Filosofia sobre F. Nietzsche (setembre de 1994); Jornadas de Filosofia sobre L. Wittgenstein (setembre de 1997); Jornadas de Filosofia sobre «la crisis de la razón» (setembre de 2000); Congreso sobre Arte y Filosofía (setembre de 2003) i XLIII Congreso de Filósofos Jóvenes: «Filosofía y Tecnología/s» (abril de 2006).

**POTENCIAR EL RIURE
COM A ESTRATÈGIA DE TREBALL
EN LES ACTIVITATS ORIENTADES
A LA GENT GRAN**

Potenciar el riure com a estratègia de treball en les activitats orientades a la gent gran

Francesc Xavier Delgado i Drover

Resum

La gent gran riu així com ho fem la resta d'adults? Té motius per riure? El sentit de l'humor és un dels trets bàsics de l'envelliment saludable? Després d'haver practicat durant anys amb tècniques per desenvolupar el sentit de l'humor amb poblacions d'edats diferents, la nostra experiència suggereix una resposta afirmativa a aquests interrogants. El fet de redactar aquest article ens ha permès consultar diverses tesis doctorals centrades en humor i envelliment, manuals sobre la psicologia de l'humor i articles sobre aplicacions de recursos humorístics i de psicologia positiva en programes de promoció del benestar personal en gent gran. Les conclusions bàsicament són que hi ha diversos programes que investiguen d'una manera específica les relacions que hi ha entre el sentit de l'humor i l'edat, tot i que parteixen de mostres i resultats que actualment són poc significatius. Els resultats obtinguts indiquen que les persones d'edat gaudeixen del sentit de l'humor tant com la resta d'adults. Aquests programes tenen correlats físics i psicològics que confirmen aquesta hipòtesi, i l'humor afiliatiu i l'autoafirmatiu són els estils d'humor més recurrents. A les illes Balears, comptem amb professionals formats i sensibilitzats en una atenció humana i humorosa de les persones grans (pallassos d'hospital, experts en teràpia del riure i tècnics a les institucions, com ara els equips de Velleza i Família de l'IMAS) i recursos materials que ja tenen un recorregut i una implantació territorial que permeten ampliar les evidències que revelen els estudis que comentem en aquest article i aprofundir-hi.

Resumen

¿Se ríen las personas mayores como lo hacemos el resto de adultos? ¿Tienen motivos para reírse las personas mayores? ¿Es el sentido del humor uno de los rasgos básicos del envejecimiento saludable? Después de años de practicar técnicas para desarrollar el sentido del humor en poblaciones de edades diferentes, nuestra experiencia sugiere una respuesta afirmativa a estos interrogantes. Elaborar este artículo me ha permitido consultar varias tesis doctorales centradas en humor y envejecimiento, manuales sobre la psicología del humor y artículos sobre aplicaciones de recursos humorísticos y de psicología positiva en programas de promoción del bienestar personal de personas mayores. Las conclusiones al respecto básicamente son que existen varios programas que investigan de manera específica las relaciones entre el sentido del humor y la edad, a pesar de que lo hacen con muestras y resultados poco significativos en estos momentos. Los resultados obtenidos indican que las personas de edad disfrutan del sentido del humor tanto como el resto de adultos. Estos programas han obtenido correlatos físicos y psicológicos que confirman esta hipótesis, siendo el humor afiliativo y el autoafirmativo los estilos de humor que más emplean. En las islas Balears contamos con profesionales formados

y sensibilizados en una atención humana y humorosa de las personas de edad (payasos de hospital, expertos en risoterapia y técnicos en las instituciones, como por ejemplo, los Equipos de Velleja i Família de l'IMAS), así como con recursos materiales con un recorrido y una implantación territorial que permiten ampliar y profundizar las evidencias que revelan los estudios mencionados en este artículo.

1. Introducció



Foto 1. Sessió de teràpia del riure al Club del Jubilat (el Migjorn Gran, any 2003)

Així com en altres àmbits relacionats amb la qualitat de vida de la gent gran i el seu benestar —l'autoestima, les relacions afectives i sexuals, una educació per a totes les edats, la protecció i prevenció del maltractament contra les persones d'edat— l'estudi, la valoració i investigació del sentit de l'humor de les persones d'edat ha estat durant anys una àrea desconeguda, poc explorada i amb unes expectatives inicials elevades, les quals encara ara han de ser verificades.

Uns anys ençà, la psicologia positiva té bastant presència, no solament com a embolcall comercial per vendre de tot i més, sinó també com a gran defensora d'una nova manera d'entendre la salut mental i l'aproximació dels usuaris i professionals (sanitaris, socials i educatius) al reforç de la qualitat de vida individual i comunitària.

En aquesta amalgama que és la psicologia positiva —que està en procés d'esdevenir una disciplina per si mateixa— hi ha alguns conceptes clau com ara l'humor, el sentit de l'humor i la felicitat que sovint són identificats els uns amb els altres. En aquest article intentarem definir-los per veure si es correlacionen amb el benestar i la millora de la qualitat de vida de la gent gran.

2. Revisió teòrica

2.1. Concepte i procés d'envelliment

Any rere any, expliquem el procés d'envelliment als nostres alumnes de certificats de professionalitat (SSC320_2 Atenció Socio sanitària a Persones Dependents) i els exposem els tres conceptes bàsics següents.

2.1.1. Impacte demogràfic: present i futur d'aquest sector d'edat

Segons les previsions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'any 2050 la població gran a Espanya serà prop del doble de l'actual en dades percentuals (34,4% de la població total). Aquesta predicció és significativa, tant pel que fa a la pressió demogràfica sobre la població general, la planificació de recursos per atendre les necessitats d'aquell col·lectiu d'edats diverses i la seva previsió, com en relació amb la recerca i investigació de recursos per potenciar l'envelliment actiu i saludable.

2.1.2. Trets principals relacionats amb el procés d'envelliment des de la perspectiva biopsicosocial

- a) Canvis biològics: són les alteracions de les estructures i funcions de l'organisme. Els canvis físics que esdevenen amb l'edat no són uniformes ni per a tota la població ni per als membres d'un grup d'edat en un moment històric específic. La variabilitat és un tret que cal considerar en valorar els canvis biològics determinants per l'envelliment, ja que n'hi ha d'evidents i generalitzats i d'altres que no ho són tant.
- b) Canvis psicològics: són els que afecten el funcionament de l'àrea cognitiva que està associada a factors com ara l'estat de salut, les qualitats prèvies, la formació acadèmica, l'activitat professional prèvia o un entorn estimulant. També l'àrea l'afectiva i sexual, entesa d'una manera natural i integradora: hi poden haver tantes sexualitats, experiències, sensibilitats i maneres de viure-la com a persones, més enllà dels mites de la manca de desig sexual, els prejudicis socials sobre la sexualitat en la vellesa i els principals canvis fisiològics. Quant al component afectiu, en la vellesa es produeixen molts canvis o pèrdues: la jubilació, la marxa dels fills, éssers estimats que es moren, la proximitat de la mort, malalties cròniques, situacions de discapacitat i dependència són circumstàncies vitals que poden alterar l'estabilitat d'una persona si no les afronta d'una manera adaptativa. Finalment, els canvis psicològics afecten la personalitat: més enllà dels prejudicis («vellisme»), les persones envellim de la mateixa manera com hem viscut i solem mantenir estables els trets principals de la personalitat al llarg del procés vital.
- c) Canvis socials: són els que estan relacionats amb el procés d'envelliment, la jubilació, la viduïtat, l'acumulació o la dificultat per adaptar-se a pèrdues significatives, així com el repte de persistir en el seu projecte de vida.

2.1.3. Classificacions del procés d'envelliment

Introduïm aquest apartat amb una dinàmica per distingir l'impacte que té el procés d'envelliment en els diferents grups d'edat: cronològic, físic, psicològic i social. Posteriorment, exposem la classificació que va fer l'OMS l'any 2002, que distingeix l'envelliment normal (el que cursa sense patologia), el patològic (el que cursa amb múltiples patologies) i el saludable (definit per una baixa probabilitat de malaltia i de discapacitat, associada a un rendiment cognitiu i capacitat física elevats i a un compromís actiu amb la vida).

Per últim, exposem què és l'envelliment actiu i els factors que l'afavoreixen:

- a) Predisposició genètica. L'herència biològica transmesa pels progenitors assigna uns trets físics i psicològics que determinen l'envelliment (per exemple, longevitat i malalties).
- b) Hàbits de vida. Adoptar estils de vida saludables: la nutrició, l'activitat física, el consum de tòxics i el control de l'estrès determinen un envelliment saludable.
- c) Influències mediambientals. Hi ha factors com ara l'entorn de vida (rural o urbà), que sigui un país desenvolupat, el nivell d'estudis o els recursos econòmics permeten accedir a uns recursos que poden influir en l'envelliment humà.

L'envelliment actiu entès des d'aquesta perspectiva ens pot ajudar a esbrinar la importància que tenen els correlats psicològics, emocionals i socials, tant en l'ajustament de la gent gran, com de la seva capacitat per viure amb optimisme, bon humor i d'una manera adaptativa tot el temps que li quedi de vida.

2.2. Humor, estils i dimensions del sentit de l'humor. Una aproximació a la psicologia de l'humor

Més de dotze anys de treballar amb la teràpia de la rialla, el sentit de l'humor i els mètodes per afavorir un bon clima laboral en els equips de treball ens han permès riure a les totes, créixer personalment i professionalment, i acumular uns recursos i coneixements que, malgrat els anys, ens semblen minsos, si els comparem amb l'immens territori que és l'estudi de la psicologia de l'humor i les aplicacions específiques que té en àmbits com la salut (física i mental), l'educació, la psicoteràpia i l'àmbit laboral, entre d'altres.

2.2.1. Humor: antecedents històrics i per àmbits

L'humor o, més ben dit, el sentit de l'humor és un camp conceptual tan ampli i complex que els estudiosos encara no han assolit un consens per definir-lo. Quan parlem d'humor, una de les referències relacionades amb la salut i l'homeòstasi corporal més al·ludides és la teoria dels quatre humors descrita per Aristòtil, que desenvoluparen i difongueren

posteriorment Hipòcrates i Galé. Quatre segles abans que s'implantés el calendari cristià (383-322 aC), Aristòtil va descriure que les persones estem conformades internament per quatre substàncies líquides o semilíquides: els humors (sang, flegma, bilis groga o còlera i bilis negra o melanconia), l'equilibri dels quals era el fonament de la salut, mentre que el seu desequilibri podia explicar el desenvolupament de les malalties.

Des del punt de vista antropològic, és significatiu constatar que l'humor és un fet transcultural i que ja des de l'antiguitat apareixen en les nostres cultures persones, espais i rituals en què l'humor ens ha permès cohesionar-nos i encoratjar-nos com a comunitat (és el cas dels pallassos i xamans, els cerimonials hopi i zuni de les tribus aborígens d'Amèrica i els narradors ambulants d'Àfrica, que alleugen el patiment dels pobladors amb bromes de tot tipus), transcendir els mals auguris o excessos de poder (com succeïa en el teatre grec i amb els bufons i joglars de les corts a l'edat mitjana), riure'ns de nosaltres mateixos com a exercici d'humilitat i de saviesa (atribució originària de la cultura oriental, pel fet de riure'ns dels nostres errors, limitacions i ximpleries), entre altres funcions psicosocials.

Des del punt de vista de la salut, hi ha experts de disciplines varies que han considerat que és necessari integrar l'humor en el tracte amb el pacient, així com explorar l'ús de teràpies complementàries en combinació amb les intervencions sanitàries convencionals, com ara la risoteràpia (Joselías Fernández González, psicòleg clínic, i Begoña Carbelo, infermera i psicòloga de la Universitat Alcalà d'Henares, Madrid), la musicoteràpia (Montserrat Gimeno, infermera i musicoterapeuta de la Universitat New Paltz, Nova York), l'arteràpia (Nadia Collete, arterapeuta assistencial a l'Hospital Santa Creu i al Sant Pau, Barcelona) o l'art antic, senzill i sensible com el dels titelles (Fidel Delgado, psicòleg i tititerapeuta a l'Hospital La Paz, Madrid). José Elías (2005) esmenta altres noms propis en aquesta descoberta i innovació del que Norman Cousins denominà «connexió rialla» i que posteriorment suposà una empenta important per al desenvolupament de la psiconeuroimmunologia. Són autors com ara el professor de cirurgia Henri de Mondebille (s. XIII), el qual proposava l'alegria com a via per facilitar la recuperació dels pacients quirúrgics. També el cirurgià François Rabelais recomanava als seus pacients que riguessin, perquè considerava que era un mètode infal·lible per alleugerir el patiment. El metge William Batie (s. XIX) tractava amb el sentit de l'humor els malalts mentals. Ja al segle XX, el psicòleg James Sully fou dels primers autors que destacà els beneficis fisiològics de la rialla. Per part seva, William McDougall, professor de psicologia de Harvard, defensà que la funció biològica de la rialla permet mantenir el benestar i la salut psicològics. El psicoanalista Sigmund Freud afirmà que riure a les totes pot alliberar del nostre organisme l'energia negativa. I, finalment, el metge James J. Walsh considerà que l'efecte saludable de riure derivava en principi d'un efecte mecànic i estimulants sobre els òrgans interns del cos, i ressenyà la importància dels factors psicològics i l'actitud de la persona.

2.2.2. Humor: conceptes bàsics

L'humor, com acabem de dir, és un art, una necessitat humana que ens acompanya des de l'origen de les civilitzacions i que segurament té a veure amb el fet de ser persona, amb la manera com ens veiem i interactuem amb la realitat, amb els mecanismes de defensa, amb els recursos que tenim per adaptar-nos a les experiències de vida, ja que l'humor ens permet posar distància per poder conviure i sobreviure.

Els principals autors que han investigat el concepte d'humor, els tipus, el sentit de l'humor i les seves dimensions ens permeten entendre la complexitat i la importància d'aquest fenomen tant en l'àmbit personal com social.

L'humor és un terme que sovint hem relacionat amb l'estat d'ànim (estar de bon o de mal humor), però també el lliguem a la conducta de riure i de saber fer riure als altres. Així, hi poden haver persones «gracioses» i d'altres que no ho són; l'humor pot ser intencionat (negre, verd, blanc, sarcàstic, irònic) i no intencionat (el que resulta de caigudes, «ficades de pota», etc.), en definitiva, podem entendre l'humor com a qualsevol estímul que pot generar la rialla d'una persona i que solem activar-lo mitjançant jocs, bromes, acudits, humor gràfic, pessigolles, etc.

Hi ha autors com Begoña Carbelo i Eduardo Jauregui (2006) que diferencien l'humor positiu i el negatiu, segons quines siguin les conseqüències que té. El sentit de l'humor positiu seria aquell que cerca provocar la rialla pròpia i aliena sense ofendre ni agredir terceres persones; en canvi, el sentit de l'humor negatiu seria el que provoca la rialla a costa de l'altre. La discussió sobre si l'un o l'altre és un estil d'humor més o menys acceptable, en el sentit que quan ofenem o agredim amb les «nostres ocurrències» caldria imposar qualche mena de límit perquè l'humor no sigui una arma per menystenir, humiliar ni agredir a ningú, hi ha autors que indiquen que és la cultura, el moment històric, en definitiva, els correlats socials el que determina el que és tolerable i el que no ho és. Actualment, l'humor agressiu, sexista i discriminatiu sota qualsevol condició és inacceptable, però temps enrere (pensem com a referència en les primeres pel·lícules còmiques de Buster Keaton, Charles Chaplin, Laurel i Hardy —coneguts en espanyol com «el Gordo y el Flaco»—) l'ús de la violència, els estereotips de gènere i de la imatge corporal eren motiu de befa i rialla socialment acceptada. Segons els valors i la sensibilitat de cada societat i en cada moment històric hi poden haver uns límits del que acceptem o no en relació amb els estils d'humor.

2.2.3. Teories i estils de l'humor

La majoria d'autors recorren a tres teories per explicar l'humor (Carbelo, 2005):

- Teoria de la superioritat i denigració. Plató i Aristòtil coincidiren a afirmar que la rialla sorgeix quan observem la desgràcia aliena i esclatem a riure per un impuls d'autovaloració i d'autosuficiència, ja que ens veiem superiors a l'altre, el qual s'ha

errat, ha fracassat, caigut o fet el ridícul. Aquesta és la base dels gags dels pallassos que s'equivoquen i cauen una vegada i una altra.

- Teoria de la incongruència. Schopenhauer va ser-ne l'impulsor. Basant-se en la manera com interactuen els processos cognitius i perceptius, explicà que el canvi inesperat i incongruent en un relat o seqüència genera una realitat imprevista i de sorpresa que provoca la rialla. Quan sortim de la norma, de l'expectativa, de la seqüència pròpia del pensament lògic és quan s'activa l'humor. Els acudits exemplifiquen aquesta teoria.
- Teoria de la descàrrega o de l'alliberació de la tensió. Spencer plantejava que les persones vivim sotmeses a tensions i esforços quotidians que ens poden provocar una sobrecàrrega de tensió en diverses estructures de l'organisme, les quals podem alliberar mitjançant els moviments musculars que activem quan riem. Posteriorment, hi ha hagut altres autors que han matisat que, a més del relaxament físic, també alliberem la tensió emocional acumulada. Com a exemple d'aquest mecanisme podem esmentar les bromes que fem en un enterrament com una via per alleugerir la tensió del moment.

Malgrat aquestes teories tradicionals, que posen l'accent en una explicació unitària i unidimensional del sentit de l'humor, posteriorment hi ha hagut autors que han estudiat la relació entre els diferents estils de l'humor i uns trets de personalitat específics. Rod A. Martin (2003), en el desenvolupament del qüestionari d'estils d'humor, partí de la hipòtesi que l'humor està conformat per quatre dimensions, més enllà de pensar que l'humor solament té un correlat positiu i orientat a sostenir la salut personal i a potenciar-la. Obrí la porta a considerar les conseqüències negatives d'alguns estils d'humor i en la influència que pot tenir en les relacions interpersonals. En aquesta línia, va descriure quatre dimensions explicatives de diferents estils de l'humor: dues maneres saludables d'expressar l'humor (humor d'afiliació i d'autoafirmació) i dues maneres potencialment perjudicials (mitjançant l'humor agressiu i l'autodemoledor).

Taula 1 | *Estils d'humor, segons Rod A. Martin*

	POSITIU	NEGATIU
AMB UN MATEIX	AUTOAFIRMACIÓ Tendència a divertir-se amb les incongruències vitals; mantenir una mirada humorosa en situacions d'adversitat; emprar l'humor com a mecanisme regulador d'emocions.	AUTODEMOLEDOR Tendència a emprar l'humor divertint els altres mentre hom es perjudica a si mateix; humor excessivament autodespectiu i riure's amb els altres quan hom és ridiculitzat o menyspreat.

continua

	POSITIU	NEGATIU
AMB ELS ALTRES	AFILIACIÓ Tendència a dir coses gracioses, a fer acudits, bromes enginyoses amb l'objectiu de divertir els altres, facilitar les relacions i reduir tensions interpersonals.	AGRESSIU Tendència a emprar l'humor per criticar o manipular els altres (sarcasme, burla, ridiculització, humor despectiu). També inclou l'expressió compulsiva de l'humor fins i tot quan és socialment inapropiat.

2.2.4. Sentit de l'humor: dimensions

Si bé l'estudi de l'humor és un univers en si mateix, les darreres dècades hom ha observat que malgrat que està relacionat amb una experiència cognitiva, afectiva, conductual, social i interpersonal, cal incidir en la multidimensionalitat del sentit de l'humor per entendre'l d'una manera integral i plena. En els nostres seminaris de gestió de l'humor laboral solem emprar l'esquema següent per reflectir-la:

- Cognitiva: té a veure amb la nostra manera de percebre i interpretar la realitat. La manera (optimista, depressiva, defensiva) com mirem la vida determina l'experiència que vivim.
- Afectiva: té a veure amb la nostra estabilitat i seguretat interna. Ens permet afrontar els canvis i adversitats amb una actitud optimista i feliç i amb més capacitat d'amortiment emocional.
- Conductual: té a veure amb la manera d'expressar el propi sentit de l'humor. La manera com el nostre «nen interior» ens permet mostrar-nos, mitjançant rialles sonores, somriures contagiosos, bromes espontànies, i adoptar una actitud més flexible del que és habitual.
- Social: té a veure amb la manera de mostrar-nos, la manera com ens veuen els altres i com aquestes exposicions i descobertes, aquests «sintonitzar», «agradar-nos», «caure'ns bé», «resultar interessant», «atreure'ns», etc., permeten activar la quantitat i qualitat d'interaccions interpersonals, dinamitzar-les i multiplicar-les fins al punt que podem resultar més atractius als altres simplement perquè ens mostrem més desinhibits, espontanis, naturals i autèntics.

2.2.5. Humor i envelliment

D'estudis que correlacionen l'humor amb diversos factors n'hi ha a balquena: humor i salut, humor i gènere, humor i personalitat, humor i etapes de desenvolupament evolutiu, humor i envelliment, humor i educació, humor i entorn laboral... Els que tenen més solvència són els que han mirat d'esbrinar què hi ha de cert en el binomi humor-salut, així com els que intenten explicar la possible relació entre els diferents estils d'humor i uns

trets de personalitat específics. Això a banda, la cruïlla entre l'humor i l'envelliment està en procés de descoberta i, segons Rod A. Martin,¹ cal interpretar-ne les conclusions amb cautela, ja que no se n'han fet estudis longitudinals. Les més significatives són:

- Schair i Cicinelli (1974) conclouen que podem associar el declivi de les capacitats cognitives en les persones d'edat avançada a una comprensió reduïda de l'humor. En la seva investigació constataren que com més elevada és l'edat, hom menys comprèn els acudits i més aprecia l'humor. D'aquesta manera, quedaria confirmada la hipòtesi de la congruència cognitiva, segons la qual en la primera etapa de la vida, l'augment de les habilitats cognitives capacita els nens per comprendre formes d'humor cognitivament més complexes i per apreciar-les. A la darrera etapa de la vida, però, quan la capacitat cognitiva comença a declinar, la comprensió dels acudits minva.
- Shammi i Stuss (2003) constaten que les disminucions subtils en el funcionament del lòbul frontal en la gent gran poden menar a un cert perjudici en el procés cognitiu de l'humor, alhora que manté intacte el plaer afectiu de l'humor.
- Willibald Ruch et al. (1990) observen que la gent gran és més procliu a gaudir de l'humor en què es resol la incongruència i ho és menys a gaudir dels tipus d'humor més absurds que contenen una incongruència no resolta.
- Thorson i Powell (1996) i Rod A. Martin (2003), en un estudi fet amb adults d'edat avançada, obtingueren puntuacions significativament més baixes que els joves, tant en humor d'afiliació com en l'agressiu. Aquest resultat suggereix que la gent gran és menys propensa a participar en bromes amistoses, a riure amb altres i a emprar humor per menysprear, ridiculitzar i manipular terceres persones. Això a banda, les dones grans obtingueren puntuacions més elevades que les joves en humor d'autoafirmació, la qual cosa indicaria que tenen una visió de la vida generalment més humorística i que recorren més a l'humor per prendre perspectiva i afrontar-lo. També arribaren a la conclusió que l'humor en adults pot tenir funcions diverses en cada etapa del cicle vital: en els joves, pot ser important per expressar agressió d'una manera socialment acceptable, establir relacions i posar a prova l'estatus social dins el grup d'iguals. Per les persones grans, principalment en les dones, l'humor pot tenir més relació amb la manera d'afrontar i mantenir una mirada humorística de la vida.

3. Programes que són impartits i metodologia

Revisant articles, publicacions i tesis recents sobre intervencions dutes a terme amb persones d'edat, concretament sobre l'avaluació i/o la millora del seu sentit de l'humor, novament constatem que hi ha disparitat conceptual i de metodologies que són emprades a tot arreu per potenciar el sentit de l'humor de la gent gran.

En les taules següents recollim els principals programes i actuacions al respecte:

Taula 2 | *Síntesi del programa Recursos positius*

Nom del recurs	Programa Recursos positius
Autor i procedència	Montserrat Amorós, Universitat Autònoma de Madrid. Publicat el 2008
Mostra, nombre i edat	17 persones grans d'edat compresa entre els 75 anys i els 87
Metodologia	5 sessions, durada de 2 hores Continguts treballats: guanyar confiança, perdre la por, prendre consciència, desenvolupar la creativitat, pensar de manera saludable, veure la vida d'una altra manera, maneres de divertir-se, proporcionar i ampliar recursos, i avaluar el programa
Hipòtesi	Relacionar el recurs psicològic de l'humor amb la salut i el benestar subjectiu de la gent gran. Sorgeix d'un estudi fet amb gent centenària d'Okinawa que descriu les característiques del seu procés d'envelliment: meditar, cultivar l'optimisme i el sentit de l'humor, i mantenir una bona xarxa social
Conclusions	Augmenta la motivació dels participants, els millora la percepció del seu estat d'ànim i experimenten canvis qualitius molt destacats

Taula 3 | *Síntesi del programa Teràpia del riure amb un grup de dones adultes*

Nom del recurs	Teràpia del riure facilitada per pallasos d'hospital als usuaris d'una residència geriàtrica
Autor i procedència	Villamil M., Quintero A., Henao E., Cardona J. L. Facultat Nacional de Salut Pública Medellín. Publicat el 2013
Mostra, nombre i edat	10 persones grans d'edat compresa entre els 59 anys i els 97
Metodologia	5 sessions
Hipòtesi	Explorar els beneficis de la teràpia del riure amb un grup d'usuàries d'un centre gerontològic
Conclusions	Adquireixen una mirada més positiva; accepten més bé la realitat; disminueixen els records tristos o els expressen amb menys dolor; incrementen la confiança en els altres; expressen satisfacció vital, i estan més satisfets del suport familiar



Foto 2.
Dona i pallassos de Sonrisa Médica cantant a l'hospital d'Inca

Taula 4 | Síntesi del programa Millora del sentit de l'humor per a dones rurals

Nom del recurs	Programa de millora del sentit de l'humor
Autor i procedència	Begoña García Larrauri. Universitat de Valladolid. Publicat el 2006
Mostra, nombre i edat	16 persones grans procedents de l'àmbit rural i amb edats compreses entre els 57 anys i els 72
Metodologia	13 sessions. Continguts treballats distribuïts en cinc mòduls: 1. Comunicar, divertir-se i desinhibir-se; 2. Crear humor; 3. Apreciar l'humor; 4. Afrontar les adversitats d'una manera optimista; 5. Relacions positives amb humor
Hipòtesi	Avaluar l'efecte de la implementació del programa amb variables socials (comunicació, coneixement personal dins el grup en les diferents dimensions d'aquest model) i psicològiques (benestar personal)
Conclusions	Diferències significatives entre el pretest i posttest de l'autovaloració general que fan els participants sobre el seu sentit de l'humor; diferència significativa que fa l'entorn en la valoració del sentit de l'humor dels participants. L'aplicació d'aquest programa optimitza l'ús del sentit de l'humor per part dels participants i els augmenta el benestar personal



Foto 3.
Dona gran en dinàmica d'escalfament.
Marató del riure, any 2008

Taula 5 | Síntesi dels resultats del taller de Teràpia del riure amb un grup de gent gran

Nom del recurs	Taller de teràpia del riure
Autor i procedència	Avendaño Jiménez, Dania Deyanira; Linares León, Alma Raquel; Pérez Islas, Yessica Abigail. Universidad Nacional Autónoma de México. Publicat el 2014
Mostra, nombre i edat	10 persones grans d'edat compresa entre els 60 anys i els 68
Metodologia	1 sessió. Exposició dels objectius de l'activitat, contar acudits i fer diverses dinàmiques grupals
Hipòtesi	Aplicar tècniques de teràpia del riure amb un grup de persones grans i verificar les possibles variacions en el seu estat d'ànim, la pressió arterial i el pols
Conclusions	Confirmació de la hipòtesi experimental: aplicar teràpia del riure afecta la pressió arterial i la freqüència cardíaca. Els participants afirmaren haver-se sentit molt bé després de la intervenció

Taula 6 | Síntesi dels resultats del programa Millora de benestar personal per a gent gran

Nom del recurs	Programa per a la millora del benestar de la gent gran
Autor i procedència	Guadalupe Jiménez, M., Izal, M., Montorio, I. Universidad Autónoma de Madrid. Publicat el 2016
Mostra, nombre i edat	10 persones grans d'edat compresa entre els 60 anys i els 68

continua

Metodologia	9 sessions Continguts treballats: benestar personal, envellir amb èxit, fortaleces del caràcter i manera de potenciar-les, comprensió i regulació emocional, correlació amb l'estat de salut, afrontar adversitats, projecte i compromís de vida personal
Hipòtesi	Comprovar l'eficàcia d'un programa pilot basat en la psicologia positiva i que està destinat a incrementar el benestar emocional de la gent gran
Conclusions	Increment del nivell de felicitat dels participants i reducció dels nivells de preocupació i pressió arterial sistòlica

4. Resultats

- Els participants d'aquests programes augmenten la seva percepció de benestar personal i de l'estat de la seva salut.
- Observem millores en aspectes físics com la pressió arterial i la freqüència cardíaca.
- Millora la percepció d'un mateix i dels altres, per la qual cosa els participants estableixen una relació més gratificant amb si mateixos (autoestima) i amb qui els envolta (reforcen lligams amb l'entorn familiar, de vida i amb la xarxa social).
- Hi ha diversos estudis que confirmen que la gent gran manté el sentit de l'humor com una variable de personalitat independent de l'edat, és a dir, que riu i gaudeix com la resta de persones.
- Hi ha estudis específics que avaluen els estils de l'humor més freqüents en funció del gènere i l'edat. Indiquen que la gent gran funciona amb estils d'humor més positius, com és l'afiliatiu, i que concretament les dones grans tenen un estil d'humor afirmatiu. Constatem, per tant, la intuïció que quan les coses vénen tortes, la flexibilitat cognitiva i l'autoregulació emocional de la gent gran els permet adaptar-se als canvis, adversitats i, fins i tot, al procés de dependència.

5. Conclusions

- Hi ha eines d'avaluació i d'intervenció per desenvolupar l'ús generalitzat del sentit de l'humor com a fortalesa humana i com a recurs d'empoderament (cognitiu, afectiu i social) de la gent gran.
- Hi ha estudis preliminars que constaten que potenciar els recursos psicològics positius afavoreix un envelliment actiu i satisfactori.

- Al començament, els pallassos d'hospital treballaren per humanitzar l'estada dels menors en l'entorn hospitalari, però de cada vegada tenen més demanda per part de diferents serveis. Així, cada dia amplien i demostren que l'instrument de l'humor és consubstancial a la naturalesa humana i que no entén d'edat, patologies, ni tan sols de moments crítics. És un recurs terapèutic emprat també en les unitats i serveis d'adults. Caldria validar els recursos humorístics que empen els pallassos d'hospital amb persones grans.
- La nostra experiència de formar personal de residències ens demostra que, com a recurs preventiu i com a eina d'autocura i de cura emocional dels usuaris, és fonamental cultivar el sentit de l'humor en l'entorn socio sanitari.



Foto 4.
Detall d'una sessió de teràpia del riure
amb l'Associació de Gent Gran de Son
Canals (Palma). Any 2012

Referències bibliogràfiques

Amorós, M. (2007). *Avaluació d'un programa de potenciació dels recursos psicològics per a la millora del benestar psicològic i de la salut*. (Tesi doctoral). Universitat Autònoma de Madrid, Facultat de Psicologia. Recuperat de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/1985/4981_amoros_gomez_montserrat.pdf?sequence=1

Avenidaño, D. D., Linares, A. R., Pérez Islas, Y. A. (2014). *La tercera edad de la risa*. Cd. Cooperativa Cruz Azul, Hidalgo. Recuperat de: <http://vinculacion.dgire.unam.mx/Congreso-Trabajos-pagina/PDF/Congreso%20Estudiantil%202014/Proyectos%202014-%20C3%81rea/1.%20Ciencias%20BioI%20C3%B3gicas/ciencias%20de%20la%20salud/3.11%20CIN2014A10059-%20Ciencias%20de%20la%20Salud.pdf>

Carbelo, B. (2005). *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud*. Masson: 37, 55-62.

Carbelo, B. i Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *A Papeles de psicólogo* 27(1): 18-30. Recuperat de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1281>

Elías, J. (2005). *Guía práctica de risoterapia*. Orion Ediciones: 16-18.

García, B. (2006). *Programa para mejorar el sentido del humor*. Pirámide: 287-291.

Jiménez, M. G., Izal, M., i Montorio I. (2016). *Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva*. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. *Suma psicología*: 51-59. Recuperat de: <http://www.elsevier.es/es-revista-suma-psicologica-207-articulo-programa-mejora-del-bienestar-las-S0121438116000059>

Martin, R. A. (2008). *La psicología del humor. Un enfoque integrador*. Orion Ediciones.

Rojas, L. (2016). *Bienestar subjetivo, sentido del humor y sentimiento de culpa en personas mayores*. (Tesi doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid: 89. Recuperat de: <http://eprints.ucm.es/37598/>

Villamil, M. M., Quintero, Á., i Henao, E. (2013). Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(2): 202-208. Universidad de Antioquía. Colòmbia. Recuperat de: <http://docplayer.es/12478368-Revista-facultad-nacional-de-salud-publica-issn-0120-386x-revistasaludpublica-udea-edu-co-universidad-de-antioquia-colombia.html>

Autor

FRANCESC XAVIER DELGADO I DROVER

Palma (1971). Llicenciat en Psicologia per la UIB i psicòleg especialista en Psicologia clínica. Terapeuta gestalt i col.laborador de la Fundació Claudio Naranjo que treballa en psicologia integrativa emprant la psicologia dels eneatis (eneagrama). Exercici professional privat en psicoteràpia, psicologia jurídica i formació des de l'any 1997. Instructor de cursos i tallers d'autoestima, relacions interpersonals i sexualitat per a persones grans. Des de l'any 2009 és docent dels certificats professionals d'Atenció socio sanitària a persones dependents en institucions socials i d'Atenció socio sanitària a persones dependents a domicili. Formador dels professionals de la Fundació Balear per a la Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència.

**L'AMOR,
DESPRÉS DELS 40 ANYS,
A TRAVÉS DE LES CITES EN LÍNIA**

L'amor, després dels 40 anys, a través de les cites en línia

Carmen Orte Socias

Aina Mascaró Juan

Resum

A pesar de l'augment de la utilització d'Internet per part de les persones grans, la investigació quasi no s'ha interessat sobre l'ús de pàgines de contacte en aquesta població. Es pretén obrir una línia d'investigació sobre aquest tema, atès que al nostre país es noten a faltar estudis que se n'hagin ocupat. En aquest treball s'ha recollit informació de tres fonts diferents: els estudis publicats en relació amb la utilització de pàgines de contacte en la gent gran, estadístiques que algunes pàgines de contacte ens han facilitat i una enquesta administrada a la gent gran sobre l'ús que fan de les pàgines de contacte. La utilització de pàgines de contacte entre la gent gran és un tema interessant, ja que hi podem veure la necessitat, a una edat avançada, de trobar suport emocional i/o sexual, i, d'altra banda, les oportunitats i els perills que pot comportar la utilització d'aquestes pàgines i l'augment de l'ús d'Internet per part de la gent gran. Les elevades dades de les estadístiques de les pàgines de contacte, les enquestes administrades i els estudis no coincideixen i aquest fet pot estar relacionat, entre d'altres qüestions, amb la falta d'estudis, l'estigma que pot comportar per a la gent gran estar registrada en aquestes pàgines, tot i haver estat informats de l'anonimat de l'enquesta, i la limitació de persones enquestades. Per tant, se suggereix dur a terme estudis que abastin un sector més gran de la població.

Resumen

A pesar del aumento de la utilización de Internet por parte de las personas mayores, la investigación casi no se ha interesado sobre el uso de páginas de contacto en esta población. Se pretende abrir una línea de investigación sobre este tema, debido a que en nuestro país se echan en falta estudios que se hayan ocupado de este tema. En este trabajo se ha recogido información de tres fuentes diferentes: los estudios publicados en relación a la utilización de páginas de contactos en la gente mayor, estadísticas que algunas páginas de contacto nos han facilitado y una encuesta administrada a la gente mayor sobre el uso que hacen de las páginas de contactos. El uso de páginas de contactos entre la gente mayor es un tema interesante, ya que podemos ver la necesidad, a una avanzada edad, de encontrar soporte emocional y/o sexual, y, por otra parte, las oportunidades y los peligros que puede comportar la utilización de estas páginas y el aumento del uso de Internet por parte de la gente mayor. Los elevados datos de las estadísticas de las páginas de contactos, las encuestas administradas y los estudios sobre el tema no coinciden y este hecho puede tener que ver, entre otras cuestiones, con la falta de estudios y el estigma que puede comportar para la gente mayor estar registrada en estas páginas, a pesar de que han sido informados de que la encuesta era anónima, y la limitación de personas encuestadas. Por lo tanto, se sugiere llevar a cabo estudios que abarquen un sector más amplio de población.

1. Introducció

A causa de les tendències socials i la cada vegada major normalització del tema, les cites en línia són ara una de les formes més comunes, per a adults de totes les edats, de trobar una parella romàntica (Rosenfeld i Thomas, 2012; Stephure, Boon, MacKinnon i Deveau, 2009). Efectivament, segons un estudi del departament de Psicologia d'UCLA (Universitat de Califòrnia, Los Angeles), amb més freqüència els adults grans cerquen i troben cites en línia (Watson, 2013) i els adults de 60 anys o més representen el segment de major creixement dels adults que utilitzen llocs web de cites en línia (Ellin, 2014). Serveixi com a exemple que, un total de 16.000 persones dels 3,5 milions d'usuaris espanyols de la web de contactes match.com supera els 65 anys. Els responsables d'aquesta pàgina afirmen que «el de la gent gran és un segment al qual cal prestar molta atenció, atès que va en augment» (Ferrer, 2012).

Un estudi de Malta (2007), per al qual varen prendre una mostra d'adults grans (61-85 anys) que havien utilitzat Internet per conèixer una potencial parella, tant a través de la seva participació en grups de discussió en línia o a través de pàgines de contacte en línia, va posar en relleu que, en la seva majoria, les relacions descrites van ser significatives, íntimes i de llarga durada. La majoria estaven involucrats en relacions sexuals amb les seves parelles i, el cibersexe era, o havia estat, una part de les seves relacions. A més, una gran proporció d'ells gaudia de coquetejar en línia amb els altres i, alguns, també estaven involucrats en relacions de més d'una parella. Els autors Hardie i Buzwell (2006) van fer una enquesta telefònica a 1.013 adults d'Austràlia i varen trobar que el 78% havia utilitzat Internet, el 13% alguna forma de relació social en línia i 22 d'ells havia tingut relacions romàntiques en línia. Aquests agrupaven tots tipus d'edat, sexe, orientació política i religió. La majoria es varen trobar cara a cara amb la seva parella i varen formar relacions que varen durar en el temps. Per la seva banda, Madden i Lenhart (2006) estimen que prop de 16 milions de nord-americans han utilitzat pàgines de contacte. Aquesta xifra significa un 5,6% de la població nord-americana. Altres autors com Sautter, Tipper i Morgan (2010) van realitzar un estudi en una població de persones grans tenint en compte els qui estaven solters, tenien ordinador i utilitzaven Internet. D'acord amb els seus resultats, un 17,54% d'aquesta mostra havia utilitzat pàgines de contacte.

Les empreses de pàgines de cites són un negoci a l'alça a causa de la cada vegada major importància que la població dóna a l'ús d'aquest mitjà per a molts assumptes de la vida, incloses les relacions d'amistat, amoroses o d'un altre tipus. No obstant això, pel que fa a les persones grans, donada la seva menor familiaritat i freqüència d'ús d'Internet, molts autors tracten d'explicar l'interès d'aquesta població per les cites en línia. Així per exemple, autors com Navarro, Meléndez i Tomás (2008) expliquen la utilització de les pàgines de cites en línia de la forma següent: «l'envelliment ens podia situar en un marc on la reducció dels suports es podria percebre com amenaçadora». Aquests autors troben que,

en relació amb l'edat i el suport psicològic, durant la maduresa, la parella es converteix en la font més important de suport, però un pic superada l'etapa d'adaptació a la jubilació, altres fonts apareixen com importants a l'hora de donar suport. Un motiu seria la mort de la parella, nomenent en què els fills passarien a ser la font principal de suport. Mentre que les dones prioritzen els fills com la font principal de suport, els homes indiquen que és la parella, potser per això podem trobar més homes a les pàgines de contacte. Altres treballs com els de Stephure, Boon, Mackinnon i Deveau (2009) realitzats a partir d'una enquesta en línia a 175 persones, varen trobar que la participació en cites en línia pot augmentar en lloc de disminuir amb l'edat i que els adults majors poden acudir a les cites en línia, en part, com a resposta a la disminució de la satisfacció i de l'ús de formes més convencionals d'establir relacions. Per altra banda i, dins aquest mateix context, encara que les diferències no van resultar estadísticament significatives, la tendència és que els homes utilitzen més les pàgines de contacte (un 19% més) que les dones (Sautter, Tipper i Morgan, 2010). Si ho mirem des d'una altra perspectiva i tenint en compte, per exemple, els joves, observem que aquests utilitzen més pàgines de contacte que les persones grans, però també utilitzen més Internet. A més, al grup de joves n'hi ha més sense parella, corba que va disminuint fins a edats més avançades en què les parelles comencen a experimentar la pèrdua d'un dels membres per diferents raons. De totes formes, en les persones grans, solteres i que utilitzen Internet, no és poc freqüent que utilitzin pàgines de contacte. La corba d'utilitzar pàgines de contacte pareix que augmenta fins als 30-40 anys i després hi ha una forta caiguda (Sautter, Tipper i Morgan, 2010).

Influeix el nivell d'estudis o els ingressos en l'ús de les pàgines de contacte? A partir dels resultats d'alguns estudis com els de Sautter, Tipper i Morgan, 2010, hi ha diferències respecte de l'ús d'Internet. Així, les persones amb més estudis en fan més ús i també tenen més tendència a estar sense parella, segurament pels efectes d'acabar els estudis a més edat. De totes formes, quant a les pàgines de contacte i als estudis no hi ha diferències significatives. La gent amb més ingressos utilitza més Internet i també tendeix més a estar sola, però en canvi no hi pareix haver diferències a l'hora d'utilitzar pàgines de contacte. Quant a les preferències de parella, hem d'assenyalar que, segons les dades de l'estudi de Sears-Robert i Mendelsohn (2011), amb una mostra de 600 anuncis personals trobats a Internet de persones de diferents grups d'edat, i segons els seus resultats, a més edat, els homes prefereixen dones més joves que ells. Les dones, no obstant això, prefereixen homes més grans, fins als 75 anys, edat en la qual ja comencen a triar homes més joves.

Amb tot, cal veure aquestes dades amb cautela, atès que encara hi ha moltes persones que tenen reticències a l'hora d'explicar la seva activitat en relació amb les cites en línia. Sobre aquesta qüestió, no deixen de ser interessants els resultats del treball de Martínez, Cabecinhas i Loscertales (2011) realitzat mitjançant un qüestionari administrat a l'alumnat inscrit en programes universitaris de persones grans. La rellevància d'utilitzar Internet per a ells és la de poder estar actualitzats, contactar amb la família i els amics,

l'ús acadèmic i consultar la premsa. Encara que diuen que podrien viure'n sense, a pesar de connectar-se a diari o entre dues o tres vegades per setmana. És clar que, en estudis com aquest, per ventura les persones se senten avergonyides de declarar que utilitzen pàgines de contacte per l'estigma social que comporta, encara que s'hagi reduït molt. En un altre estudi d'Agudo, Pascual i Fombona (2012), en què es pren una mostra de 215 persones majors d'Astúries usuàries de les TIC que acudeixen regularment als Centres Socials de Persones Grans, un 66,1% les utilitzen per a formació, seguit d'un 47% que ho fa per cercar-hi informació, davant un 18,7% dedicat a l'entreteniment i, finalment, un 24,9% a la comunicació. En cap cas mencionen les pàgines de contacte, fet, com hem comentat abans, que es pot explicar per la falta de garantia (real o percebuda) d'anonimat, la qual cosa fa que les persones es puguin sentir avergonyides d'explicar-ho.

Pel que fa al que els uns i els altres cerquen a les xarxes, és interessant esmentar l'estudi de McWilliams i Barrett (2012), en el qual varen passar entrevistes semiestructurades a 18 persones, d'entre 53 i 74 anys, que tenien cites en línia, i a 2 que facilitaven aquestes cites en línia (*romance coaches*). Segons els seus resultats, els homes cerquen relacions de compromís, mentre que les dones desitgen companyia sense exigir rols d'atenció. Diferents barreres que es troben a l'hora de «competir» incrementen l'atractiu de la utilització d'estratègies en línia. Les barreres a les quals els homes s'enfronten són que les seves xarxes socials són limitades, mentre que les dones s'enfronten a la competència de les dones més joves i a les normes d'amistat que limiten el panorama de poder triar parella. Els dos sexes cerquen característiques juvenils i intenten que les seves imatges semblin més joves. El criteri dels homes se centra en l'atractiu, mentre que l'enfocament de les dones està centrat en les habilitats. En la construcció de perfils, com a estratègies, les dones se centren a destacar la seva aparença i la sociabilitat i, els homes, a destacar el tema financer i els èxits professionals.

De totes maneres i seguint amb les diferències entre homes i dones, sí sembla que són els primers els qui més interès mostren a les xarxes i amb un perfil determinat. Brown i Shinohara (2013), utilitzant dades de 2005-2006 sobre el *National Social Life, Health and Aging Project*, amb una mostra representativa dels Estats Units de 3.005 persones d'edats entre els 57 i els 85 anys, van trobar que quasi el 14% dels solters tenia cites per conèixer una possible relació. Tenir cites era més comú entre els homes que entre les dones i disminuïa amb l'edat. En comparació amb les persones que no tenien cites, els que en tenien eren socialment més afavorits (tenien educació superior, més béns, millor salut i més connexions socials).

Les característiques de la web i la seva facilitat d'ús també és una qüestió important relacionada amb l'edat. Així, per exemple, Badoo, una xarxa social considerada al nostre estudi, que també podem trobar com a aplicació mòbil i, que com explica Maestro (2014), és una bona eina per a la gent gran per conèixer gent i, sobretot, parella. La senzillesa

d'accés sembla que és una ajuda per a la gent gran ja que és una forma de llevar-se la vergonya, atès que només s'han de registrar, pujar una foto o definir els gustos i aficions i així es creen un perfil perquè puguin ser contactats. Així com parlem de Badoo, també podria ser el cas de moltes altres pàgines, mencionades al nostre estudi, que són similars.

Reprement la qüestió de la necessitat de tenir relacions socials encara que siguin en línia, cal tenir en compte que influeixen en el benestar de les persones majors i, aquest, és un tema que està documentat de forma àmplia a la literatura. De forma concreta, el model *convoy* de relacions socials, citat per Caballero (2014), ofereix un marc per estudiar i entendre l'impacte d'aquestes relacions al llarg de la vida. «El *convoy* és el grup que rodeja, socialitza, atorga protecció i atenció a una persona en el curs de la seva vida, i que influeix en la seva salut i benestar» (Antonucci, 2009: 327). Com més gent visqui a la casa amb la persona en qüestió, la probabilitat que la persona utilitzi Internet disminueix (Caballero, 2014), això es refereix també a pàgines de contacte, ja que les persones de 65 anys o més que utilitzen Internet tenen més coberta la part de suport amb les seves relacions socials (Caballero, 2014).

Per la seva banda, i en relació amb la cerca de relacions sexuals en les cites en línia, cal tenir en compte que la qüestió de la sexualitat en les persones grans presenta visions contradictòries en la literatura, ja que està bastant estereotipat en el gran públic. Un estudi dut a terme per Wada, Hurd i Rozanova (2015), a partir de la informació obtinguda de 144 diaris i articles de revistes publicats de 2009 a 2011, sobre la vida després de les cites en línia, va trobar que, en aquests articles, el 13% idealitzava la sexualitat (l'atractiu sexual i la relació sexual òptima) dels adults grans. També mostrava, en un 19% dels casos, la disminució de l'interès i el funcionament sexual en els adults grans, tot i que no és un percentatge tan significatiu, ja que en un 15% dels casos aquest interès i funcionament sexual es mantenia. Un 15% dels articles suggeria que els adults grans haurien d'explorar noves tècniques per millorar el plaer sexual. A més, s'hi evidencia una contradicció, perquè molts articles ajuden a l'estereotip dels adults grans com persones ja no sexuals, però a la vegada, també hi ha articles que expliquen que la trobada sexual pot ser valuosa per a un bon envelliment.

En qualsevol cas, i de forma general, l'interès per les pàgines de contacte ha augmentat en el grup de persones grans, la qual cosa és lògica, atès que cada vegada el nombre de persones grans és més elevat i la seva manera de relacionar-se entre elles és cada vegada més semblant a la d'altres grups d'edat. No obstant això, encara hi ha algunes peculiaritats diferencials que val la pena comentar, per exemple, a l'hora de presentar-se ells mateixos. En un estudi dut a terme per Davis i Fingerma (2015), amb una mostra de 4.000 perfils en pàgines de contacte de dues pàgines molt populars, en la qual l'objectiu era analitzar les diferències d'edat en les presentacions que fan les persones d'ells mateixos, els resultats van revelar que els adults grans eren més propensos a utilitzar la primera persona del

plural i paraules associades amb salut i emocions positives. En canvi, els adults joves eren més propensos a utilitzar pronoms singulars en primera persona i paraules associades amb el treball i la realització personal. D'altra banda, és interessant comentar que les persones grans utilitzen les xarxes socials generals, encara que prefereixen aquelles destinades especialment a gent gran. De totes formes, la falta de privacitat o pèrdua d'intimitat i la por a la suplantació d'identitat frenen moltes persones majors a l'hora d'entrar a formar part de xarxes socials (Sebastián i Martínez, 2015). Així doncs, no és estrany que les persones grans utilitzin les xarxes de contactes en línia per trobar parella. Així, per exemple, si tenim en compte les dades aportades pel portal Bodas.net (2016) d'una enquesta que van passar a 800 novies registrades en la web, i segons la qual el 16% de les persones compromeses va establir contacte a través d'Internet, aquesta forma de contacte ha superat a conèixer-se a la feina (11%), però encara no supera a conèixer-se a través de grups d'amics o familiars, en festes o altres alternatives com estudis o aficions.

Tot i que ja hem esmentat algunes de les motivacions que les persones grans tenen a l'hora d'usar aquestes pàgines de cites en línia, val la pena tancar aquest apartat comentant l'estudi de Malta (s.d.), en què es recullen les experiències d'australianos adults entre 60 i 76 anys, els quals de forma deliberada cercaven noves connexions socials a través de l'ús de les cites en línia per cercar parella. Les raons i motivacions trobades són el rol que el pragmatisme juga en la seva elecció d'utilitzar webs en línia; la falta d'ambivalència sobre si algú estava disponible i interessat a tenir una cita; el rol de les persones de confiança que els recomanaren utilitzar aquestes pàgines i la possibilitat negativa de trobar una nova parella en la seva vida quotidiana davant les oportunitats positives que es generen en línia.

2. Una aproximació a les xarxes i als usuaris

Una vegada revisada la literatura sobre aquest tema, i tal com hem comentat, estem parlant d'una línia de treball que, tot i que amb molts usuaris en línia, encara necessita que s'aprofundeixi més en el perfil i característiques de la població gran que usa amb certa freqüència les cites en línia i amb una intencionalitat clara de conèixer una parella. En el nostre cas l'objectiu va ser acostar-nos una mica més a la realitat, a més de la revisió documental, mitjançant l'estudi de camp de tipus exploratori, que va tenir dues línies de recollida d'informació:

D'una banda, vàrem seleccionar un llistat de xarxes d'amistat i per tenir cites que tinguessin la versió espanyola, sense excloure l'orientació sexual, tant en pàgina web com en aplicació mòbil. Ens vàrem posar en contacte amb els seus gestors per obtenir dades de perfil d'usuaris de les pàgines de cites. Concretament les següents dades: sexe, edat, nivell socioeconòmic, ingressos, estudis, nivell professional, temps que fa que són al

sistema, tipus de relació sol·licitada, freqüència d'ús, número de contactes establerts, si ja tenien alguna situació sentimental abans d'entrar al sistema i temps de les seves relacions sentimentals abans d'entrar al sistema.

Les 27 pàgines seleccionades van ser: Badoo, Meetic, CitaPerfecta, Be2, Mas40, Masde50, eDarling, Adopta a un tio/a, Tinder, AmorenLinea, Lovoo, Parship, Zoosk, FriendScout24, C-Date, Twoo, Easyflirt, Chatiic, QueContactos, Loventine, Parejaestable, Cupido para Mayores, Activagers, Citasenior, POF, Grindr i Brenda.

Moltes d'aquestes i d'altres que no hem inclòs en aquest estudi estan destinades a la gent més gran. Hi ha una pàgina <http://www.onlineseniordatingsites.com/> que fins i tot fa un recull per pàgines per a la gent gran i que explica la selecció de les *top* cinc per facilitar la tasca de triar les pàgines de més interès per al cercador de cites en línia:

Find a Suitable Senior Dating Site with online dating on the rise, there are many niche dating sites including dating sites especially for seniors. There may be a lot of results out there when you search for senior dating sites online and you have no idea about which site you should join. This is why our site launches, we have checked the most popular dating sites for seniors and picked the top 5 or maybe the 5 featured senior dating sites for you to choose based on the detailed review of each site by our editors. Review these sites from different aspect including site feature, price etc to help you choose the most suitable site to join. Although each site has difference in feature and audience, we finally have all the 5 sites ranked based on the overall rate. This would be much easier for you to make a choice. At last, we wish you good luck on the senior dating site you have chosen. All the best!

Vàrem demanar dades estadístiques de perfil d'usuaris a les 27 pàgines web seleccionades. Algunes no varen contestar, d'altres com Twoo ens van comentar que, com que es tracta d'una empresa belga, legalment no estaven autoritzats a facilitar informació personal dels usuaris. D'acord amb això, seguidament aportem les dades que vam poder recollir:

La pàgina web de contactes Chatiic ens va aportar les següents dades:

- El 45,85% dels usuaris són dones i el 54,15% restant són homes.
- Un 5,49% dels usuaris està interessat pels esports, córrer, caminar, etc. En segon lloc, un 3,94% dels usuaris s'interessa per l'electrònica, accessoris electrònics, electrònica de consum, etc. Per últim, un 2,45% té interès pels viatges, destinacions turístiques, llocs històrics, etc.
- Les dues ciutats on més sessions actives hi ha són: Madrid, en primer lloc i, en segon lloc, Barcelona.











- Els usuaris accedeixen diàriament a l'aplicació (10 vegades aproximadament) i en cada sessió es passen de mitjana 5 minuts, és a dir, 50 minuts al dia, al xat, etc.
- Les persones que més utilitzen l'aplicació (representen el 33,50% del total) tenen entre 25 i 34 anys. De 18 a 24 anys representen un 27,50%; de 35 a 44 anys representen un 15,50%; de 45 a 54 anys representen un 12,50%; de 55 a 64 anys representen un 5,50%. Per últim, els més grans de 65 anys representen un 5,50% del total dels usuaris.
- Un 40% dels seus usuaris utilitza fotos i vídeos SNAP (són fotos i vídeos que els usuaris envien per xerrar, conèixer-se, etc. i s'autodestruïen en passar uns segons). Un 35% del total dels usuaris envia missatges de veu per comunicar-se. Per últim, un 25% envia missatges de text. Això significa que la gent prefereix enviar fotos, vídeos i notes de veu, ja que d'aquesta manera es comprova que l'usuari és real i no fals. Un SNAP (vídeo o foto) s'ha de fer al moment, per tant, és una forma de verificar l'autenticitat i actualitat del perfil físic de la persona, ja que no es poden agafar fotos ni vídeos que ja estaven creats.

La pàgina web de contactes Cita Perfecta ens va comentar que al seu portal no es poden registrar, ni oferir serveis de *Dating*. Revisen quines són les millors pàgines per fer-ho. Les dades que ens van aportar són útils per fer-se una idea general de la gent que arriba a la seva web.

- Un 50,4% dels usuaris són homes i un 49,6% són dones.
- Les persones que més utilitzen l'aplicació (representen aprox. un 30% del total) tenen entre 25 i 34 anys. De 35 a 44 anys representen aprox. un 28% del total; de 18 a 24 anys representen aprox. un 20%; de 45 a 54 anys representen un 18%; de 55 a 64 anys representen un 7%; i, de 65 anys o més representen un 3% del total.
- Els homes es connecten un poc més que les dones, amb un 50,42%. Les dones representen el 49,58%, que no sembla una diferència significativa.
- Un 23,74% dels usuaris són espanyols; un 14,72 són mexicans; un 12,10% són colombians; un 8,48% són dels Estats Units, un 7,14% són argentins; un 4,77% són del Perú; un 4% són de Veneçuela; un 3,69% són de Xile; un 3,31% són de República Dominicana i, per últim, un 2,76% són d'Equador.
- L'aparell electrònic mitjançant el qual es connecten varia de la següent forma: amb l'ordinador, en primer lloc, amb un 47,60%; amb el mòbil, en segon lloc, amb un 46,40%; i, per últim, amb una tauleta tàctil, amb el 6%.

- Després ens van aportar dades d'afinitat i altres categories, que com que no estan del tot relacionades amb l'actual cerca, no les hem incloses aquí.
- Els usos que fan d'aquesta pàgina apareixen reflectits al gràfic 1.

Taula 1 | *Segment de mercat, usos de la pàgina Cita Perfecta*

Segmento de mercado		36.96% del total de sesiones
8,05%		Dating Services
5,09%		Employment
3,57%		Real Estate/Residential Properties
2,90%		Travel/Hotels & Accommodations
2,66%		Consumer Electronics/Mobile Phones
2,29%		Autos & Vehicles/Motor Vehicles/Motor Vehicles (Used)
2,25%		Education/Post-Secondary Education
2,05%		Real Estate/Residential Properties/Residential Properties (For Sale)
2,02%		Real Estate/Residential Properties/Residential Properties (For Rent)
1,87%		Travel/Air Travel

Elaboració i font: Cita Perfecta, 2016.

En resum, el percentatge d'homes sempre és un poc més elevat que el de les dones, encara que de forma no significativa. Els llocs on hi ha més activitat d'aquests serveis són les grans ciutats. Solen accedir diàriament a l'aplicació. A més edat, la utilització de les pàgines de contacte va disminuint de forma progressiva. A les persones grans els preocupa estar tractant amb perfils falsos. També els preocupa l'anonimat. Per això utilitzen formats de comunicació que verifiquin que l'altra persona és real. Per últim, és interessant observar que la majoria utilitzen les xarxes per tenir cites, però també per altres qüestions, com podem observar en el gràfic 1, que serien trobar treball, casa, viatjar, etc.

D'altra banda, elaborarem una petita enquesta en línia (en què demanàvem sexe, edat, estudis, situació sentimental, temps de durada de la relació, utilització de pàgines de contacte, nom de les pàgines utilitzades, disponibilitat de perfil a les pàgines, freqüència d'ús, l'establiment de contactes a través d'elles, el nombre de contactes establerts i la intenció dels contactes) que va ser penjada a les xarxes durant un mes. L'enquesta es va fer per formulari Google i va ser contestada per 69 persones. Els resultats, ordenats de major a menors percentatge, són els següents:

Un 61,8% de la mostra està formada per dones i un 38,2% està formada per homes, com podem observar al gràfic 1. La major part de persones de la mostra (41%) estan compreses entre els 60 i els 69 anys, tal com es mostra al gràfic 2. Un 30,4% té estudis universitaris com a nivell màxim d'estudis, seguit d'un 27,3% que té el batxillerat i un 21,2% formació professional, que conformen la majoria de la mostra, com es pot comprovar al gràfic 3.

Gràfic 1 | Composició de la mostra per sexe



Gràfic 2 | Composició de la mostra per edat



Gràfic 3 | Estudis de la mostra



Font: Elaboració pròpia, 2016

Amb aquestes dades ja podem veure que el nivell d'estudis d'aquesta mostra és superior al de la població general d'aquestes mateixes edats.

Quant a la situació sentimental, una majoria de la mostra (53%) es troba casada tal com podem observar al gràfic 4.

Gràfic 4 | Situació sentimental de la mostra



Font: Elaboració pròpia, 2016

Dels que tenen una relació, la majoria (65,64%) fa de 25 a 50 anys que manté la mateixa relació, com podem observar al gràfic 5.

Gràfic 5 | Temps de relació



Font: Elaboració pròpia, 2016

Del total de persones que van contestar aquesta enquesta, el 9% utilitzen pàgines de contacte. D'aquest 9% de persones que les utilitzen, un 50% són homes i un 50% són dones. Un 50% pertanyen al grup de persones d'entre 60 a 69 anys i, després, un 16,66%, respectivament a cada un d'ells, persones d'entre 40 a 49 anys, 50 a 59 anys i de 70 a 79 anys. Per parts iguals, exactament un 33,33% respectivament, trobem estudiants universitaris, de formació professional i de batxiller. Un 50% són persones divorciades, un 33,33% persones solteres i, finalment, un 16,67% persones viudes.

Aquest 9% ha utilitzat més d'una pàgina de contactes. Les pàgines utilitzades són Meetic (amb un 25%), eDarling (amb un 12,5%), Badoo, Zoosk, C-Date, Grindr (amb un 6,25% cada una d'elles) i altres amb un 37,5%. Aquests altres són Scruff, DaddyHunt, Wapo, Planetromeo, Gent com tu, Mobifriends. Dues persones van dir que havien entrat alguna vegada a Meetic, solament per curiositat, però que no n'havien fet ús.

Un 33,34% de persones que utilitzen aquestes pàgines hi tenen perfil, davant el 33,33% que no i un 33,33% que n'ha creat un en algunes i algunes altres les utilitza sense haver-s'hi registrat. Respecte a la freqüència d'ús, i tal com veiem al gràfic 6, està bastant repartida.

Gràfic 6 | Freqüència d'ús de les pàgines de contacte



Font: Elaboració pròpia, 2016

El 100% que les ha utilitzat ha establert contactes en aquestes pàgines. D'acord amb això, el nombre de contactes establerts és de 15 o més majoritàriament, amb un 50%, tal com queda reflectit al gràfic 7. Els motius que expressen respecte al seu interès per establir contactes són, principalment, «el que pugui sortir» (31%), seguit d'amistat i relacions sentimentals (un 23%, respectivament), tal com es mostra al gràfic 8.

Gràfic 7 | Nombre de contactes establerts



Gràfic 8 | Motius dels contactes establerts



Font: Elaboració pròpia, 2016

En resum, trobem un percentatge més elevat de dones que formen la mostra i, segons la literatura revisada aquí i les dades aportades pels gestors de les pàgines de contacte són les que menys les utilitzen, això potser influeix en el baixos resultats d'utilització de les pàgines. La major part de la mostra es troba entre els 60 i els 69 anys, un altre factor que pot estar relacionat amb el baix percentatge de la utilització de les pàgines. La majoria ha assolit estudis universitaris. Més de la meitat estan casats o amb parella de llarga durada independentment de l'edat; un altre factor que pot fer tirar a la baixa el percentatge d'utilització. L'edat tampoc no influeix en el fet que les persones de la mostra siguin solteres o divorciades, en canvi les persones viudes tendeixen a tenir més edat. Les persones que utilitzen pàgines de contacte en solen utilitzar més d'una, i a més, tant hi tenen perfil, com només hi han entrat per curiositat, i en algunes s'hi han fet un perfil i en d'altres no. La freqüència d'utilització varia molt, en canvi, la majoria d'usuaris que les utilitza ha establert 15 contactes o més amb la intenció «d'el que pugui sortir».

3. Conclusions

El fet que les pàgines web de cites en línia les utilitzin més els homes que les dones pot tenir a veure amb els rols de gènere i la religió. Els homes sempre han estat per excel·lència els qui prenen la iniciativa i, per tant, aquest comportament està menys estigmatitzat que si el du a terme una dona, i especialment en aquestes generacions. Una hipòtesi és que els homes necessiten més una parella ja que han estat tradicionalment més preparats per al treball i menys per a la vida extralaboral i relacional. En canvi, les dones, més apartades històricament del món laboral, han creat més llaços familiars i socials durant les etapes anteriors a l'envelliment. A més, com assenyalen Navarro, Meléndez i Tomás (2008), els homes diuen que la parella és la seva font principal de suport, en canvi les dones la troben més en els fills, en cas que en tinguin.

L'edat influeix en el fet que a més edat menys familiaritat amb Internet. El joves han crescut dins l'era d'Internet, per la qual cosa és una eina habitual del seu dia a dia, tot i que de cada vegada és més freqüent trobar persones grans que saben utilitzar les eines informàtiques. Així i tot, encara no igualen ni de molt els percentatges dels joves. A més, també influeix l'estat de salut, que pot estar més afeblit amb l'edat i ser una barrera per a nous aprenentatges o noves aventures. Alineats amb les dades obtingudes en aquest treball, alguns estudis com el de Brown i Shinohara (2013) posen en relleu que els individus amb educació superior i més béns econòmics utilitzen més aquestes pàgines, però no tenen en compte, com sí fan Sautter, Tipper i Morgan (2010), que aquestes persones són les que tenen més accés a Internet.

Una qüestió que crida l'atenció, i que sens dubte, caldria explorar més a fons en estudis posteriors, es refereix al percentatge d'ús de les pàgines de cites orientades a contactes de tipus homosexual en la gent gran. Una aproximació explicativa pot estar relacionada

amb el fet que el temor a sortir de l'armari s'atenua amb l'edat i, per això, trobem que s'utilitzen igual en percentatge que qualsevol altra pàgina de contactes per a persones heterosexuales. Tenint en compte les cauteles necessàries i d'acord amb les dades revisades en conjunt, sembla que la predisposició a l'ús de pàgines de cites en línia és més alta en persones que viuen soles i tenen menys suport social, que no han tingut fills o que, si en tenen, viuen lluny.

De totes formes, els estudis se centren en persones solteres que utilitzen aquestes pàgines i, com la pàgina Ashley Madison, per exemple, també hi ha persones amb parella que utilitzen aquestes pàgines per tenir relacions extramatrimonials. Aquest fet fa que s'escapin dels estudis amb persones grans que utilitzen pàgines de contacte. La falta de privacitat o pèrdua d'intimitat i la por a la suplantació d'identitat frenen moltes persones grans a l'hora d'entrar a formar part de xarxes socials (Sebastián i Martínez, 2015) i, notícies com les d'Ashley Madison, el 2015, de la qual es varen filtrar les dades de les persones que utilitzaven aquesta pàgina, poden provocar, per a molta gent, dubtes o inhibició a l'hora de fer-se un perfil en pàgines de contacte.

Amb tot, i tal com hem explicat a l'inici d'aquest treball, les relacions en línia en la població de persones grans són encara un mitjà en el qual les persones que hi participen no s'hi senten del tot còmodes. L'estigma relacionat amb l'edat, el temor al desconegut, incloent-hi la confiança en la xarxa de contactes, són barreres importants. D'altra banda, i tot i que de cada vegada hi ha més persones grans que utilitzen la xarxa, encara queda un llarg camí per al seu ús quotidià en totes les qüestions de la vida diària, inclosa la cerca d'amistats o de relacions de qualsevol tipus en línia. En qualsevol cas, sembla que estem parlant d'un àmbit en expansió pel fet mateix de la facilitat d'establir relacions sense moure's de casa. També perquè l'augment de l'esperança de vida i l'esperança de vida lliure de dependència pot créixer la necessitat de compartir la vida actual i la futura, cada vegada més llarga, amb una parella.

Pel que fa a aquest treball, el nostre objectiu ha estat posar de manifest la importància de les relacions en línia en les persones grans i les dificultats que en aquest moment encara tenim per accedir a les dades, bé siguin de les xarxes mateixes, bé dels usuaris, tot i garantint-los l'anonimat. Pensem que donades aquestes dificultats, en posteriors estudis caldrà introduir metodologies de recollida de dades creatives que ens permetin apropar-nos, una mica més, a aquest fenomen de les xarxes socials, les cites a Internet i les persones grans.

Referències bibliogràfiques

Adams, M., Oye, J. i Parker, T. (2003). Sexuality of older adults and the Internet: from sex education to cybersex. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 3.

Agudo, S., Pascual, M. L. i Fombona, J. (2012). Usos de las herramientas digitales entre las personas mayores. *Comunicar*, 39, 193-201.

Antonucci, T. (2009). Convoy model of social relations. A: Reis, H. T., Sprecher, S. (ed.) *Encyclopedia of human relationships*. Thousand Oaks, ca, 327-329. Regne Unit: Sage.

Aretz, W., Demuth, I., Schmidt, K. i Vierlein, J. (2010). Partner search in the digital age. Psychological characteristics of Online-Dating- Service-Users and its contribution to the explanation of different patterns of utilization. *Journal of Business and Media Psychology*, 1, 8-16.

Bascones, L. M. (2014). «Compartir la vida». En torno a la adopción de las redes sociales en Internet entre las personas con discapacidad y mayores. *Revista Española de Discapacidad*, 2, 1, 175-191.

Brown, S. L. i Shinohara, S. (2013). Dating Relationships in Older Adulthood: A National Portrait. *J Marriage Fam.*, 75, 5, 1194-1202.

Caballero, S. (2014). Internet, redes sociales y vejez en Uruguay. *Revista de Ciencias Sociales*, 35.

Casimiro, C. (2014). Portuguese online dating: exploring gender differences in self-presentations. *Teknokultura*, 11, 1, 117-141.

Davis, E. M. i Fingerma, K. L. (2015). Digital Dating: Online Profile Content of Older and Younger Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc*, 1-8.

Dutton, W. H., Helsper, E. J., Whitty, M. T., Buckwalter, G. i Lee, E. (2008) Mate Selection in the Network Society: The Role of the Internet in Reconfiguring Marriages in Australia, the United Kingdom and United States.

Ellin, A. (2014). Matchmakers help those over 60 handle dating's risks and rewards. *The New York Times*, 28. En línia: <http://www.nytimes.com/>.

Ellison, N., Heino, R. i Gibbs, J. (2006). Managing Impressions Online: Self-Presentation Processes in the Online Dating Environment. *Journal of Computer-Mediated Communication* 11, 415-441.

Europa Press (2016, 15 de maig). Una de cada seis parejas prometidas se han conocido por Internet. En línia: <http://www.europapress.es/>.

Fernández, M. (2012). *Redes sociales y mujeres mayores: estudio sobre la influencia del uso de las redes sociales en la calidad de vida*. [Treball final de màster, Universidad de Oviedo].

Ferrer, J. (2012). La sexualitat en l'adult gran. *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears. 2012*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal / Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració / Universitat de les Illes Balears.

Fileborn, B., Thorpe, R., Hawkes, G., Minichiello, V. i Pitts, M. (2015). Sex and the (older) single girl: Experiences of sex and dating in later life. *Journal of Aging Studies* 33, 67-75.

Finkel E. J., Eastwick P. W., Karney B. R., Reis H. T. i Sprecher S. (2012). Online dating: A critical analysis from the perspective of psychological science. *Psychological Science in the Public Interest*, 13, 1, 3-66.

Hardie, E., i Buzwell, S. (2006). Finding Love Online: The Nature and Frequency of Australian Adults' Internet Relationships. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society*, 4, 1, 1-14.

Hefner, V. i Kahn, J. (2014). An experiment investigating the links among online dating profile attractiveness, ideal endorsement, and romantic media. *Computers in Human Behavior*, 37, 9-17.

Lange, R., Houran, J., i Li, S. (2015). Drive to Marry and Social Prescription in Chinese Online Daters. *Interpersona*, 9, 2, 135-147.

Llorente, C., Viñarás, M., i Sánchez, M. (2015). Internet and the Elderly: Enhancing Active Ageing. *Comunicar*, 45, 29-36.

Madden, M., i Lenhart, A. (2006). Online dating. *Pew Internet & American Life Project*. En línia: <http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Dating.pdf>.

Maestro, A. (2014). Internet y personas mayores. [Treball fi de carrera, Universitat Politècnica de València]. En línia: <<http://hdl.handle.net/10251/46613>>.

Malta, S. (2007). Love Actually! Older Adults and their Romantic Internet Relationships. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society*, 5, 2, 84-102.

Malta, S. (s.d.). Why go online? Older adults' reasons for online dating. Swinburne.

University of Technology, Hawthorn, VIC. Research Fellow, National Ageing Research Institute (NARI), Parkville, VIC.

Martínez, R., Cabecinhas, R. i Loscertales, F. (2011). Mayores universitarios en la red. *Comunicar*, 37, 89-95.

McWilliams, S. i Barrett, A. E. (2012). Online Dating in Middle and Later Life: Gendered Expectations and Experiences. *Journal of Family Issues*, 2, 5, 1-26.

Mejores Webs Parejas (s.f.). En línia: <<http://www.mejores-webs-parejas.es/>>. [Consulta 2 abril 2016].

Menkin, J. A. i Robles, T. F. (2015). Online Dating Across the Life Span: Users' Relationship Goals. *Psychology and Aging*, 30, 4, 987-993.

Navarro, E.; Meléndez, J. C. i Tomás, J. M. (2008). Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores. *Revista Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología Gerokomos*, 19, 63-67.

Online Senior Dating Sites. (s.f.). En línia: <<http://www.onlineseniordatingsites.com/>>. [Consulta 2 abril 2016].

Palencia, R. M. (2014). Usos y gratificaciones en el consumo de las aplicaciones de internet en personas mayores. [Tesi doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona].

Rosenfeld, M. J. i Thomas, R. J. (2012). Searching for a mate: The rise of the internet as a social intermediary. *American Sociological Review*, 77, 523-547.

Sautter, J. M.; Tippett, R. M. i Morgan, S. P. (2010). The Social demography of internet dating in the United States. *Social Science Quarterly*, 91, 2, 554-575.

Sears-Roberts, S. i Mendelsohn, G.A. (2011). Partner Preferences Across the Life Span: Online Dating by Older Adults. *Psychology of Popular Media Culture*, 1, 89-95.

Sebastián, A. i Martínez, M. (2013). *La influencia de las nuevas tecnologías: videojuegos, redes sociales e internet, en los consumidores seniors en España*. Logronyo: Congreso Internacional de Comunicación y Sociedad Digital.

Shah, S., Yeow, P. H. P. i Loo, H. S. (2011). An Empirical Study on Online Social Networks Sites Usage: Online Dating Sites Perspective. *International Journal of Business and Management*, 6, 10.

Smith, A. i Duggan, M. (2013). *Online Dating & Relationships*. Washington: Pew Research.

Stephure, R. J., Boon, S. D., Mackinnon, S. L. i Deveau, V. L. (2009). Internet Initiated Relationships: Associations Between Age and Involvement in Online Dating. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 14, 658-681.

Vázquez, K. (2016, 12 de març). ¿Eres más feo que la media? ¿Vegano? Este es tu sitio para ligar. *El País*. En línia: <<http://elpais.com/>>.

Wada, M., Hurd, L. i Rozanova, J. (2015). Constructions of sexuality in later life: Analyses of Canadian magazine and newspaper portrayals of online dating. *Journal of Aging Studies*, 32, 40-49.

Watson, R. (2013, 14 de febrer). Frisky 60s flower children are still making love not war. *Psychology Today*. En línia: <<http://www.psychologytoday.com>>.

Whitty, M. T. i Buchanan, T. (2009). Looking for Love in so many Places: Characteristics of Online Daters and Speed Daters. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 3, 2, 63-86.

Autores

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació; catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El 1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques i l'educació per a la competència familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat i diverses investigacions europees en el context de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans en diversos països europeus. És la directora de la International Summer Senior University. És subdirectora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB.

AINA MASCARÓ JUAN

Manacor (1989). Llicenciada en Psicologia i formació especialitzada en l'itinerari de Psicologia Clínica per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Mediació en Conflictes per la Universitat de Barcelona. Actualment és tècnica d'investigació en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB.

**MIRADES DE LA SEXUALITAT I
L'AFECTIVITAT EN LES PERSONES GRANS.
UN RECORREGUT PER LES DIFERENTS
ACTIVITATS DE RECERCA I DOCÈNCIA
DEL GRUP DE RECERCA GIFES EN
GERONTOLOGIA EDUCATIVA**

Mirades de la sexualitat i l'afectivitat en les persones grans. Un recorregut per les diferents activitats de recerca i docència del grup de recerca GIFES en gerontologia educativa

Carmen Orte Socias

Maria Belén Pascual Barrio

Rosario Pozo Gordaliza

Maria Antònia Gomila Grau

Joan Amer Fernàndez

Margalida Vives Barceló

Carmen López Esteva

Resum

Els aspectes vinculats amb la sexualitat en persones grans han significat una absència en la docència, la recerca i la literatura científica associada amb el tema (Freixas i Luque, 2009) a més d'una apropiació del discurs mèdic. És per això que hem decidit ocupar part d'aquest buit amb l'aportació a aquest Anuari de l'envelliment 2016, compartint diverses activitats de recerca i docència que hem desenvolupat en els últims anys, al grup de recerca GIFES de la UIB, especialment amb referència a les diferents mirades de la sexualitat en les persones grans. Concretament articulem la nostra part de recerca amb la presentació de dos treballs empírics de tall qualitatiu en què hem utilitzat dues tècniques de recerca: grups de discussió i entrevistes semiestructurades. A més, aquesta investigació es complementa amb una activitat artística i cultural teoricopràctica que va culminar amb una exposició i un vídeo sobre la temàtica tractada pels alumnes grans participants.

Resumen

Los aspectos vinculados con la sexualidad en personas mayores han significado una ausencia en la docencia, la investigación y la literatura científica asociada al tema (Freixas y Luque, 2009), además de una apropiación del discurso médico. Por este motivo se decidió ocupar parte de este vacío con la aportación en este Anuari de l'envelliment 2016, compartiendo diversas actividades de investigación y docencia que se han estado desarrollando durante estos últimos años, en el grupo de investigación GIFES de la UIB, especialmente en referencia a las diferentes miradas de la sexualidad en las personas mayores. Concretamente articulamos nuestra investigación en la presentación de dos trabajos empíricos cualitativos donde se han utilizado dos técnicas de investigación: grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas. Además, se completa esta investigación con una actividad artística y cultural teórico-práctica que culminó en una exposición y un video sobre la temática tratada por los alumnos mayores participantes.

1. Introducció

La sexualitat i l'afectivitat constitueixen un fenomen complex que implica diferents esferes de la persona de tipus biològic, psicològic i social. Va canviant al llarg del cicle vital influïda pels canvis en totes aquestes àrees. No obstant això, i en l'esfera afectiva-emocional, l'acostament a la sexualitat juga un rol molt important que encara no ha estat valorat en la mesura justa. De fet, la sexualitat en l'àmbit de les persones grans amb prou feines s'ha considerat un tema rellevant i això ha quedat reflectit en el nivell i en les característiques de la recerca duta a terme sobre aquest tema. La sexualitat, especialment en persones

grans, és ignorada o considerada un tema tabú o bé és estudiada majoritàriament des de perspectives vinculades a l'àmbit de les patologies des de l'àmbit clínic en medicina, psicologia i altres disciplines afins. Aquests plantejaments són contraris a la realitat del desig sexual i l'afectivitat i al fet que el cessament de l'activitat sexual no està tan relacionat amb l'edat com amb altres factors com tenir o no parella, la situació de salut, el grau de discapacitat o altres aspectes com el lloc on es viu i la manera com es viu, de manera autònoma, en una residència, amb la família o en altres situacions que poden facilitar o limitar la vida sexual i afectiva.

Al mateix temps, els mites i estereotips vinculats a l'edatisme de dècades anteriors es van desmuntant, especialment el fet de relacionar l'edat amb la manca de relacions afectives-sexuals. Possiblement aquest mite està relacionat amb el fet de vincular o conceptualitzar únicament les relacions afectives-sexuals amb el coit, però, de fet, Wilk (2015) demostrà que no hi ha edat en què acabi l'expressió de la sexualitat ni de la intimitat. Cal esmentar el cas de les dones grans (Gott et al., 2004; Thorpe et al., 2014), ja que sofreixen una doble vulnerabilitat, per l'edat i pel gènere (aquesta darrera vulnerabilitat especialment vinculada a la cultura i a l'etapa històrica que han viscut a Espanya les dones que ara són més grans de 65 anys).

Així doncs, la sexualitat en l'envelliment, en les persones grans, és un tema àmpliament ignorat que cal reconduir per combatre aquesta invisibilitat i els mites que s'hi associen (Orozco i Rodríguez, 2006). Així, des de la perspectiva de l'envelliment actiu, de la qualitat de vida i de l'aprenentatge al llarg de tota la vida, l'afectivitat i la sexualitat tenen un paper molt important vinculat amb l'autoestima i el benestar personal, que mereix ser considerat i tenir un lloc propi i projecció des de diferents punts de vista: divulgatiu, formatiu, de recerca, etc.

2. El Diploma d'Especialització en Diferents Mirades de l'Afectivitat i la Sexualitat en la Gent Gran (UOM, UIB)

Fruit d'aquestes reflexions, en el Grup d'Investigació en Formació Educativa i Social (GIFES) es considerarà important oferir un curs d'especialista destinat a persones de més de 50 anys en el qual es tracten tots els temes relacionats amb els vincles afectius, la comunicació, el desig i la sexualitat. Aquest curs es fa realitat a través d'aquesta línia d'investigació a la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la Universitat de les Illes Balears (UIB). D'aquesta manera, el curs 2015-16 es va implantar el Diploma d'Especialització en Diferents Mirades sobre l'Afectivitat i la Sexualitat en la Gent Gran.

L'objectiu principal del Diploma d'Especialització és aportar una visió holística de la sexualitat en les persones grans. Concretament, el Diploma d'Especialització se centra en:

- Conèixer i aprofundir els aspectes biopsicosocials de la sexualitat en l'adultesa.
- Conèixer les característiques de la sexualitat en diferents moments del cicle vital amb especial èmfasi en les persones grans.
- Ampliar els coneixements sobre sexualitat al llarg de la història i en diferents cultures i contextos històrics.
- Discriminar els estereotips en la sexualitat i afectivitat en aquesta etapa de la vida i en diferents contextos històrics.
- Establir estratègies que afavoreixin la millora en l'àmbit de l'afectivitat i la sexualitat.

Com es pot comprovar, el Diploma no sols es limita a ser un aprenentatge centrat en la transmissió de coneixements especialitzats sobre aquest tema, sinó que també s'hi aborden els aspectes que faciliten o limiten la llibertat d'expressió d'actituds i comportaments afectius tenint en compte diferents qüestions, com el gènere, les creences, els contextos en què es viu, l'orientació sexual i els estereotips. Al mateix temps, com es pot comprovar al llarg del capítol, els alumnes del Diploma tenen un protagonisme especial i directe, ja que es plantegen diferents activitats amb un caràcter molt participatiu, com ara taules rodones i videofòrums. Cal fer una menció especial d'aquelles sessions lectives programades que es dediquen exclusivament al treball grupal final del Diploma que s'explica més endavant.

En definitiva, es pretén abordar l'afectivitat i la sexualitat des d'una perspectiva àmplia, tant pel que fa als continguts com a l'enfocament didàctic, de manera que s'aprofundeix en els factors optimitzadors de la salut afectivosexual. Es tracta, en definitiva, que l'alumnat aconseguixi el màxim nivell d'eficàcia i d'interès pels continguts oferts en aquest diploma.

El Diploma d'Especialització es compon d'un total de 100 hores, en les quals es combinen metodologies i es fomenta un aprenentatge teoricopràctic, per tal que els alumnes aconseguixin més informació i disposin d'un bagatge prou científic i rigorós que permeti influir o, si més no, reflexionar sobre les creences vers les relacions afectives-sexuals en persones grans. En aquest sentit, les sessions teòriques es complementen amb casos pràctics, sessions de cinema (cinefòrum), taules rodones i un treball pràctic elaborat pel grup d'alumnes participants (en format de vídeo i d'exposició).

El diploma s'ha estructurat en 34 sessions teòriques de 2 hores més dues sessions d'una hora. Es completen les 100 hores amb 5 sessions de cinefòrum (10 hores), 4 sessions de treball final de diploma (8 hores), 4 taules rodones (8 hores) i 2 sessions de dues hores d'aprenentatge d'ús d'audiovisuals (4 hores).

Taula 1 | *Relació de continguts, sessions pràctiques i temporalització del Diploma d'Especialització en Diferents Mirades de l'Affectedivitat i la Sexualitat en la Gent Gran (UOM)*

Bloc 1. Afectivitat i sexualitat. Fonaments bàsics (15 hores)		
Continguts	Sessions pràctiques	Temporalització
Història de la sexologia Conceptualització de sexualitat: aspectes cognitius, emocionals i conductuals Prevalença de l'activitat sexual i edat La sexualitat en gent gran: actituds, mites i realitats	1a sessió de feina 1r cinefòrum	Del 4 al 30 de novembre de 2015
Bloc 2. Sexualitat en la gent gran: aportacions de la recerca (10 hores)		
Continguts	Sessions pràctiques	Temporalització
Conceptes vinculats a la sexualitat en l'envelliment Enfocaments d'estudi Àrees temàtiques Perspectiva dels professionals Producció audiovisual	Sessions audiovisuals	Del 2 al 21 de desembre de 2015
Bloc 3. Factors biològics i socials relacionats amb la sexualitat en persones grans (25 hores)		
Continguts	Sessions pràctiques	Temporalització
Cultura, gènere i sexualitat Drets sexuals Canvis fisiològics que influeixen en el comportament sexual Efectes de l'envelliment sobre la sexualitat Viure la sexualitat: factors socials i enfocament de gènere	2a sessió de feina 2n cinefòrum	De l'11 de gener al 24 de febrer de 2016
Bloc 4. Afectivitat i sexualitat al llarg del cycle vital (10 hores)		
Continguts	Sessions pràctiques	Temporalització
La sexualitat en les diverses etapes del cycle vital Sexualitat i emocions en persones grans (afectivitat, autoconcepte i autoestima; acceptació dels canvis físics i psicològics associats a l'envelliment i afectivitat, sexualitat i relacions de parella)	1a taula rodona 3r cinefòrum	Del 29 de febrer al 14 de març de 2016
Bloc 5. Facilitadors i inhibidors de la sexualitat en les persones grans (20 hores)		
Continguts	Sessions pràctiques	Temporalització
<i>Dimensió medicobiològica:</i> Disfuncions sexuals; malalties cròniques i abusos sexuals <i>Dimensió psicosocial:</i> Creences i expectatives; biografia i història personal i sexual; contacte social: l'edat i els afectes; entorn social i familiar; diversitat sexual; sexualitat i emocions positives; context de vida; actituds sexuals saludables	2a taula rodona 3r cinefòrum	Del 29 de febrer al 14 de març de 2016
Bloc 6. Afectivitat, sexualitat i qualitat de vida (20 hores)		
Continguts	Sessions pràctiques	Temporalització
Promoció de la salut. Variables físiques i psicosocials relacionades amb una sexualitat plena Imatge corporal i actituds sexuals Habilitats socials en les relacions de parella: habilitats de relació, de comunicació i d'expressió de sentiments	3a i 4a taula rodona 3a sessió de treball 4t cinefòrum Taula rodona	Del 16 de març al 25 d'abril de 2016

3. Desenvolupament de les activitats sobre sexualitat i afectivitat en el Diploma d'Especialització en Diferents Mirades sobre l'Afectivitat i la Sexualitat en la Gent Gran

3.1. Relacions afectives-sexuals en processos diferencials d'envelliment. Un estudi aproximatiu basat en grups de discussió

L'estudi convida a reflexionar sobre la concepció, sovint invisibilitzada i estigmatitzada, de les relacions afectives-sexuals en processos diferencials d'envelliment, així com sobre els mites i les creences que hi estan relacionades. No oblidem que la qualitat de les relacions afectives-sexuals en processos diferencials d'envelliment són indicadors essencials de qualitat de vida, que requereixen una atenció especial (Scherrer, 2009).

Els antecedents del Diploma s'emmarquen dins de l'assignatura Les Persones Grans al Segle XXI: Nous Rols, Nous Reptes, de 3r curs del diploma sènior de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la Universitat de les Illes Balears.

En el marc d'aquesta assignatura es van celebrar tres grups de discussió¹ i es va comptar amb una mostra formada per 26 alumnes d'entre 59 i 78 anys, que presentaven perfils molt heterogenis: 16 persones casades, 2 de separades, 4 de divorciades, 2 de vídues, una que vivia en parella i una de soltera. Quant als nivells educatius, també s'observava diversitat: des de formació primària fins a llicenciatura.

Els objectius de l'estudi s'orientaren al coneixement dels temes següents: la concepció de la sexualitat en l'etapa vital, la relació entre sexualitat i qualitat de vida, l'expressió del desig sexual en l'àmbit privat i públic, els canvis i les continuïtats en la seva pròpia manera de percebre les seves relacions afectives-sexuals entre altres. Alguns dels resultats més significatius van ser:

- *Visió heterogènia de la sexualitat entre les persones amb les quals es va dur a terme l'estudi.* Les diferències estan relacionades amb la seva situació civil i el gènere. Les dones valoren més l'afectivitat i situen en un segon pla la sexualitat. L'estat civil de les dones és una variable important que modifica la percepció de la relació entre afectivitat i sexualitat, que consideren que poden anar plegades, si bé les dones consideren molt important l'element afectiu en una relació.

¹ Es van crear tres grups: un grup de dones, un altre d'homes i un tercer de mixt. Amb la finalitat d'aconseguir molta informació amb la màxima precisió i objectivitat possibles, es van desenvolupar els tres grups en paral·lel, en els quals un docent es va encarregar de coordinar els debats, mentre que un altre registrava la informació. Les tres sessions van tenir una durada d'una hora i mitja.

- *Els aspectes que influeixen i condicionen les relacions sexuals* es relacionen amb factors físics, com la falta d'higiene personal, malalties que impedeixen l'autonomia, així com factors socials, com conductes massa invasores o directes (en la discussió anomenades *assetjaments*), creences religioses rígides i la rutina.
- *El desig sexual* estaria condicionat per *l'estil de vida sexual* mantingut i les *vivències experimentades*. Tenir parella és el principal factor valorat com a promotor de les relacions sexuals.
- Es produeix una associació positiva entre els anys de *relació o de matrimoni i el sentiment d'acceptació de la imatge corporal* en les relacions sexuals (més anys de relació implicarien més benestar en les relacions sexuals amb el company íntim), la qual cosa també actua com a fre per a la cerca de nous companys.
- La *viduïtat* s'identifica com una circumstància o fet que condiciona les percepcions, com la familiaritat o proximitat, la qualitat en la relació establerta amb el mort i el temps que s'ha passat en solitud.
- El *gènere* condiciona la promoció de noves relacions: els homes tenen més predisposició per a la cerca de parella, que conceben com una necessitat fisiològica que els proporciona seguretat.
- Es reconeixen diferents *estereotips o mites* associats a la sexualitat en persones grans, i se subratllen els basats en la no-sexualitat.

3.2. Una iniciativa audiovisual i expositiva de les mirades sobre l'afectivitat i la sexualitat

Al llarg d'aquest curs 2015-16, el grup d'alumnes del Diploma d'Especialització de la UOM en Diferents Mirades sobre l'Afectivitat i la Sexualitat en la Gent Gran, juntament amb el grup GIFES, ha elaborat un vídeo i una exposició fotogràfica que, més enllà d'un treball de classe, són el resultat d'una posada en comú dels continguts assimilats, de records, d'aprenentatges vitals, i una anàlisi de la realitat que ens apropa a la nostra història i a la nostra actualitat des de diferents punts de vista. A través d'una anàlisi del franquisme, la transició i la democràcia fins a l'actualitat, a Espanya, l'exposició fotogràfica i el vídeo ens permeten apropar-nos a cada etapa amb una nova lectura i ens permeten conèixer alguns dels fets més rellevants vinculats a la gestió de la sexualitat i de les relacions afectives des de cada context històric i sociocultural; es comenten elements clau de cada etapa; ens conviden a fer una lectura de les imatges que es comparteixen des de la seva relació amb la sexualitat i el gènere i ens apropen a imatges personals sobre vides i relacions. Es destaca que els fets polítics i històrics determinen l'evolució de conceptes com la família, la dona, l'home o el sexe, així com el paper que té l'educació.

Tal com hem dit anteriorment, s'hi dedicaren un total de tres sessions pràctiques de dues hores de durada cada una. La primera sessió es va dedicar a establir els grups (vídeo o exposició fotogràfica). El grup de l'exposició fotogràfica va establir també subgrups per treballar les etapes del franquisme, la transició i la democràcia. Al mateix temps, es va fer una pluja d'idees (estructurada amb una fitxa individual) en què es plasmaren tant les informacions més rellevants de cada etapa com els possibles materials on es podria trobar la dita informació, per exemple, novel·les, llibres prohibits en el franquisme, revistes eròtiques, del cor, lletres de cançons, poemes, llibres o manuals escolars de l'època franquista sobre els rols de gènere femení, publicitat i mitjans de comunicació de distintes èpoques i imatges sobre distintes modes en la roba, especialment la femenina.

La segona i tercera sessió es varen dedicar a reorganitzar la informació i a revisar el material recopilat per tots els alumnes entre sessions. En la feina, bàsicament organitzativa, es va preveure nomenar un o dos comissaris de cada subgrup, revisar els peus de pàgina de les imatges, decidir aspectes com ara el format de cada pòster i unificar seccions per veure el recorregut històric de les relacions afectives-sexuals. En general, suposà un repte i un aprenentatge constant, no sols pels continguts, sinó per com plasmar tot el que s'anava treballant amb un treball constant en forma de vídeo o exposició, repte especialment important si tenim present que la majoria dels alumnes mai no havien elaborat aquests productes didàctics.

El resultat de l'exposició consistí en un conjunt de panells; el primer, introductor, explicava l'objectiu dels treballs (vídeo i exposició), el segon presentava els grups d'alumnes participants en cada grup de treball i en l'equip de suport de GIFES; el tercer presentava de forma esquemàtica una línia temporal dividida en les tres èpoques treballades: franquisme, transició i democràcia, així com els objectius del projecte. El quart, cinquè i sisè presentaven el treball en si, de cada subcomissió, és a dir, l'època del franquisme, de la transició i de la democràcia. A cada panell hi havia una breu explicació de l'etapa vers la sexualitat i les relacions afectives i, després, la informació es dividia en quatre subapartats iguals als tres panells: a) arts i àmbit públic; b) rols de gènere (especialment en la dona); c) cultura i publicacions, i d) cànons de bellesa i vestimenta. L'exposició acabava amb un panell final a manera de tancament i es complementava amb material (principalment llibres i obres musicals) referit a cada etapa presentada.

Respecte al vídeo, cal dir que els mitjans de comunicació han estat emprats com un recurs recomanat, ja des dels anys seixanta, per la UNESCO i mantinguts avui en dia des del conegut Pla de Bolonya (Pinazo, 2014). Seguint aquesta mateixa autora, especialista en programes universitaris de gent gran, la imatge és una de les principals fonts de coneixement i permet motivar i afavorir el procés d'ensenyament-aprenentatge (Pinazo, 2014, 98). La realització del vídeo va estar precedida de dues sessions de dues hores sobre l'ús i el maneig de càmeres de vídeo (condicions de gravació, edició, etc.), ja que eren els mateixos alumnes d'aquest grup els qui havien de fer el vídeo.

El vídeo inclou les principals reflexions dels alumnes participants en el Diploma, conjugades amb entrevistes a experts en relacions afectives-sexuals des de les perspectives sanitària, sociològica i de mitjans de comunicació. S'hi presenta una primera part introductòria sobre com viuen les persones grans l'afectivitat i la sexualitat, quina és la imatge de la sexualitat en la tercera edat actualment i la medicalització de la sexualitat en persones grans. La segona part relaciona la part més personal i reflexiona sobre com han viscut les generacions dels alumnes la sexualitat i l'afecte, fent un recorregut al llarg del seu cicle vital (joventut, adultesa, actualitat...). La part final del vídeo es dedica a una valoració del curs per part dels participants (alumnat i professorat).

3.3. Entrevistes a les persones grans sobre la representació social de canvis i permanències generacionals sobre la sexualitat

L'objectiu d'aquest estudi va ser aprofundir i analitzar les percepcions sobre els canvis i les permanències generacionals entorn de la sexualitat d'un grup de persones grans de 50 anys i estudiants de la UOM en el curs 2015-16. Per això es van seleccionar a l'inici del Diploma de la UOM persones voluntàries que volguessin participar en les entrevistes. Paral·lelament es va elaborar un guió seguint el marc conceptual i la principal fonamentació teòrica associada als canvis i les permanències de la sexualitat de les persones grans. Les entrevistes es van estructurar en funció del guió elaborat amb preguntes basades en l'*state-of-the-art* del tema de discussió i es van emetre mitjançant un format obert i flexible, la qual cosa permetia el desenvolupament íntegre de les opinions i reflexions dels participants (aspecte fonamental si considerem la inhibició i el recel associats a la temàtica). Les entrevistes fetes a l'alumnat participant van ser decisives per captar la mirada de la sexualitat i els canvis socials generacionals. Per això, es van formular diverses preguntes relacionades amb les dades sociodemogràfiques: edat, sexe, classe socioeconòmica/cultural i estat civil/parella, etc. Tot això va ser articulad en tres punts clau: 1) percepcions i significats de la sexualitat; mites o tabús; 2) context sociopolític/històric de la sexualitat; 3) canvis i permanències de la seva sexualitat / relacions afectives-sexuals. Després de les transcripcions íntegres d'aquestes entrevistes es va procedir a l'anàlisi de dades. Els resultats obtinguts formen part de les conclusions seleccionades que fonamenten i van consolidant les percepcions de les mateixes persones grans sobre la sexualitat.

3.3.1. La definició de la sexualitat en el context de la relació de parella: amor, afecte, respecte i comunicació

La definició que es fa de la sexualitat inclou l'amor, l'afecte i la comunicació. Els valors que associen actualment a la seva sexualitat són la salut, l'experiència, la tranquil·litat, el benestar o la naturalitat, la diversió, la llibertat, la comunicació i l'afecte. L'edat permet viure la sexualitat no tant des de l'obligació sinó de manera més espontània, superant tabús, gaudint sense por i amb més tolerància. Com a exemples, poder parlar i practicar la masturbació, acceptar una vida sexual amb parella o sense, etc.

En fer balanç de la sexualitat al llarg de la seva vida, el sentit de la parella és el valor que té més pes («trobar-se i compartir amb la parella moments que omplen»). Relaten les seves experiències en relació principalment amb el fet de «compartir la vida», l'afecte i el respecte a la parella, l'estabilitat de la vida en família i el resultat de la vida conjugal i la situació actual dels fills. Altres entrevistats que no tenen parella expliquen el seu estat actual de resignació, cerca o acceptació de la situació. En alguns casos, relaten la pèrdua del seu cònjuge i el sentiment d'enyorança i solitud.

Tot i així, quan es parla de «la parella que funciona bé al llit», el concepte inclou la dimensió del plaer, que adquireix tanta importància com la comunicació o l'amor. Per a alguns el descobriment del plaer es va produir tard i afirmen que la repressió sexual va ocultar aquesta part de la sexualitat, i que la va orientar principalment a la reproducció i la formació d'una família.

A més, es refereixen als riscos que suposa la convivència en parella i el pas del temps, així com a la part negativa de la sexualitat en la vellesa quan expliquen el que significa per a alguns d'ells, tant homes com dones la pèrdua d'estímuls. En el cas dels homes, a part de la manca d'estímuls es refereixen a les conseqüències negatives de les limitacions físiques.

3.3.2. Els valors, vivències i aprenentatges sobre la sexualitat en la joventut

El descobriment de la sexualitat en la seva joventut es va produir amb molts temors i pocs coneixements. L'aprenentatge en aquestes condicions és erràtic i d'amagat. Davant la falta d'informació i coneixements, les creences pròpies d'una societat repressiva eren la base d'una educació que, de forma simplificada, culpava l'home per la masturbació i atemoria la dona pels riscos de l'embaràs.

L'Església catòlica i el règim franquista configuren un context socialitzador repressor i inhibidor de la sexualitat. Els relats mostren una consciència unànime sobre la influència que això va suposar en les seves vides. Es narren diferents vivències del franquisme, en què es mostren tant actituds d'acceptació com sentiments de rebuig davant la repressió i el secretisme, i l'ànima per la llibertat. Coincidien el reduccionisme i la uniformitat ideològica d'aquella època: la dreta representava la repressió i l'esquerra la llibertat.

La ignorància i falta d'informació, la repressió de la seva sexualitat i l'inici tardà de les relacions sexuals són factors que sorgeixen dels seus relats. Segons les expressions textuais de les persones entrevistades, hi havia una «repressió absoluta, política, religiosa i de tota mena», es produïa una «castració per part de l'Església» i «tot era pecat». La repressió ideològica repercuteix en la vida de les persones i es tradueix en una «sexualitat repressiva» que reproduïx valors masclistes i es caracteritza fonamentalment per la desigualtat entre homes i dones, la desprotecció davant l'abús i la desatenció educativa general i específica en el cas de necessitats específiques.

En un entorn permissiu respecte a la violència cap a la dona, es donen aprenentatges que condicionen la infància i l'adolescència de les persones entrevistades. Les normes i els costums sustentaven un model de relació autoritari en què la dona ocupava un lloc de submissió. Hi havia poca confiança en la família per parlar de sexualitat i, fins i tot, per demanar ajuda en situacions d'abús per part d'algú proper a la família o l'escola. Aquest silenci davant de situacions d'abús el qualifiquen de traumàtic encara que no s'aprofundeix en el relat: «callaves, ho callaves».

L'aprenentatge es produïa de forma espontània, amb els amics, al carrer. És habitual posar en valor els avantatges de la vivència de la sexualitat als pobles, els jocs, el contacte entre els al·lots i al·lotes.

La manca d'informació se suplïa per creences o idees errònies que anaven transmetent d'uns als altres. Entre les dones, els mites més comuns giraven entorn de l'embaràs (quedar-se embarassada per seure en una cadira) o la incertesa sobre els mètodes anticonceptius naturals (el mètode d'Ogino-Knaus i la marxa enrere). En el cas dels homes, en relació amb la masturbació i les seves conseqüències (20 gotes de sang que es perdien en cada masturbació, el perill de perdre les dents, quedar-se cec o morir).

L'arribada del turisme als anys seixanta i setanta va suposar més obertura dels costums sexuals principalment en el cas dels homes. Molts homes inicien les seves relacions sexuals amb dones estrangeres: «l'arribada de les sueques», «ho havíem de fer amb estrangeres» (enfrent de "la carrincloneria de les dones d'aquí"), «les estrangeres ho tenien molt clar», són algunes de les expressions que il·lustren aquesta realitat.

La sexualitat en els anys de la dictadura franquista és vetada per les normes d'un sistema autoritari fins a l'arribada de la transició. El coneixement entre l'home i la dona era difícil. La virginitat fins al matrimoni era una norma establerta. En aquest context, es produïa una idealització de la dona i la necessitat de conèixer la figura femenina a través dels personatges públics. Tot i la coincidència amb la cultura hippy o l'inici de la cultura del *destape*, l'escassetat i la prohibició de pel·lícules, música i literatura fa que els referents siguin limitats i que els aprenentatges es facin en secret.

Quant als llibres, les persones entrevistades fan referència a la literatura especialitzada en salut sexual, principalment *El llibre de la vida sexual*, de López Ibor. Algunes persones també fan referència a Màsters i Johnson. Altres aprenentatges comuns que fins i tot de forma indirecta tenien gran repercussió eren els programes de ràdio, com el d'Helena Francis.

Parlen de revistes de societat comunes en què «sortien artistes i despertaven la sexualitat» o d'altres de contingut explícitament eròtic com *Play-boy*, *Lui* o *París Match*.

També es refereixen a la literatura clàssica que va acompanyar els seus aprenentatges, publicacions de diferents països que sovint no podien mostrar perquè tractaven de continguts poc habituals a Espanya.

Per la seva banda, es refereixen al cinema comú que, tot i no tenir contingut explícitament eròtic, era suggeridor i ajudava a «imaginar més enllà del que es veia». Actors i actrius espanyols (Sara Montiel, Marujita Díaz i Mónica Randall) o estrangers (Paul Newman, Robert Redford, Alain Delon, Rita Hayworth i Ornella Muti) són recordats com a mites eròtics. Els clàssics americans, italians i francesos del cinema romàntic, comèdies americanes, d'aventures, pel·lícules de romans (molt eròtiques per a algun dels entrevistats), la sessió contínua del cinema de cap de setmana i pel·lícules d'actualitat en aquell moment. En destaquen algunes com *Love story*, *Gilda*, *Dos homes i un destí*, *El cop* i *El graduat*. Hi ha unanimitat a propòsit de les dues pel·lícules amb contingut explícitament sexual de l'època: *Emmanuelle* i *L'últim tango a París*.

Hi havia publicacions o pel·lícules prohibides o censurades a Espanya. També es produïa el contraban de determinats productes culturals, principalment des de França que era país de frontera i que en aquell moment oferia cinema i literatura que a Espanya estaven prohibits.

Pel que fa a la música de la seva joventut, es refereixen a aquelles cançons que els evocuen més records (blues, jazz, valsos, boleros, ranxeres o tangos) i destaquen cantants o grups tan diferents com a Frank Sinatra, Gardel, Edith Piaf, els Gringos, els Bravos o el Duo Dinámico. «Ne me quitte pas» és la cançó amb més evocació sexual per als entrevistats.

3.3.3. Canvis generacionals: valoració de l'abans i l'ara

En un context repressor, el matrimoni suposa un alliberament de la sexualitat tant dels homes com de les dones. Les persones entrevistades relaten l'inici d'una vivència plena i l'aprenentatge mutu. Alguns expliquen que aquest procés s'ha mantingut al llarg dels anys. Altres parlen dels canvis que suposen les rutines, l'arribada dels fills, etc.

L'adultesa es narra d'acord amb la formació de la família, però, en el cas de les dones, en relació amb les seves obligacions en el matrimoni. De la mateixa manera, la possibilitat del divorci se sol produir un cop els fills són independents: l'espera fins a la presa d'una decisió.

Quant als canvis produïts entre generacions, situen aquests entre els beneficis i les pèrdues. Es valora la no-vinculació de la sexualitat únicament al matrimoni i es destaquen els avantatges de la llibertat d'elecció així com l'accés a la informació i una comunicació més àmplia en les famílies. Principalment, valoren el que ha suposat en l'actualitat el canvi del paper de la dona: l'obertura a una vivència plena de la seva sexualitat, l'autoafirmació i la possibilitat d'escollir.

No obstant això, per a alguns dels entrevistats, la transició va suposar «passar a tot el contrari». Són habituals les crítiques a l'excés de llibertat que envolta la sexualitat dels joves en l'actualitat i els efectes que produeix. Es compara el passat i el present valorant els avantatges de la concreció de les opcions del passat i destacant les dificultats que representa l'excés de possibilitats que brinda l'actualitat. Els qui defensen aquesta posició, estableixen una similitud entre l'excés de llibertat sexual i la diversitat d'opcions televisives.

Malgrat els reptes aconseguits, una majoria apunta a la necessitat de tenir més llibertat d'expressió i més naturalitat en la comprensió de la sexualitat.

4. Discussions o anotacions finals

Segons el que hem pogut constatar en els diferents discursos de les persones grans i en la literatura consultada (Freixas, Luque i Reina, 2014), «la transició va suposar el desvetllament sexual», ja que moltes persones tenien una educació religiosa basada en el nacionalcatolicisme i unes normes socials estrictes en matèria sexual. Les persones grans van viure canvis socials i polítics importants i complexos, en què la majoria dels entrevistats van viure el pas de la República al franquisme i a la democràcia. Fonamentalment destaquen la Llei del divorci de 1981 com una de les grans fites històriques i reguladores de la seva sexualitat i les seves relacions.

Cal esmentar especialment el relat de les dones, marcades de manera molt clara pel que «se n'esperava» en els àmbits cultural, social i també familiar. Aquests aspectes han marcat clarament les seves actituds, els comportaments i les decisions vers les relacions afectives-sexuals al llarg de la seva història vital, en les seves etapes vitals vinculades a les diferents etapes històriques viscudes a Espanya (franquisme, transició i democràcia). Amb tot, i tal com s'ha pogut anar veient en els diferents relats presentats, no hi ha un discurs únic que pugui resumir i explicar la vida afectiva/sexual de les dones en envellir, ja que cada una té una experiència múltiple i diversa (Luque, 2014).

Respecte al treball elaborat, el fet de plantejar un treball grupal i per a tot el Diploma (enfrent dels treballs individuals i fragmentats per assignatures que se solen presentar en els altres diplomes de la UOM) presentà un repte triple: treballar en grup, treballar de forma constant amb una fita final (vídeo i exposició) i treballar en formats diferents (panells expositius i vídeo). Aquest fet, com qualsevol nou aprenentatge amb una metodologia nova, suposava una nova forma de treballar que presentava, principalment en l'inici del treball, nerviosisme, inquietuds i inseguretats. No obstant això, veient els treballs del vídeo i de l'exposició, com a procés i no com a resultat final, podem veure que aquesta metodologia ha resultat molt adequada, ja que permetia un aprenentatge

entre iguals, uns temps de reflexió i d'interiorització dels aprenentatges que s'han anat adquirint al llarg de les sessions teòriques, les taules rodones, els videofòrums i les sessions de feina.

Agraïments

Volem agrair la col·laboració i implicació en aquest projecte dels participants del Diploma d'Especialització en Diferents Mirades de l'Afectivitat i la Sexualitat en la Gent Gran (UOM) del curs 2015/2016.

Referències bibliogràfiques

Freixas A., Luque B. i Reina, A. (2015). Sexuality in Older Spanish Women: Voices and Reflections. *Journal of Women & Aging*. DOI: 10.1080/08952841.2014.928566

Freixas, A. i Luque, B. (2009). El secret millor guardat: la sexualitat de les dones majors. *Política i Societat*, 1-2 (46), 191-203.

Gott, M., Hinchliff, S. i Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science and Medicine*, 58, 2093–2103.

Luque, B. (2014). Envejecimiento y sexualidad femenina. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3 (4), 279-287.

Orozco, I. i Rodríguez, D. D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y ciencia social*, 8 (1), 3-10.

Pinazo, S. (2014). Reflexionando sobre la vejez a través del cine. Una aproximación incompleta. *Información Psicológica*, 105, gener-juny 91-109.

Scherrer, K. S. (2009). Images of Sexuality and Aging in Gerontological Literature. *Sexuality Research & Social Policy: Journal of NSRC: SR & SP*, 6(4), 5–12.

Thorpe, R., Fileborn, B., Hawkes, G., Pitts, M. i Minichiello, V. (2014). Old and desirable: older women's accounts of ageing bodies in intimate relationships. *Sexual and Relationship Therapy*. DOI: 10.1080/14681994.2014.959307.

Vives, M. (2015). Les relacions afectivosexuals en la gent gran des de la perspectiva intergeneracional. A Orte, C. (Dir.) *Anuari de l'envelliment de les Illes Balears, 2015*, 124-137. Universitat de les Illes Balears: Palma.

Wilk, B. (2015). Sexuality in the elderly. *Pol. Med. Journal*, XXXVIII, (225), 131–134.

Autors

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació; catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El 1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques i l'educació per a la competència familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat i diverses investigacions europees en el context de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans en diversos països europeus. És la directora de la International Summer Senior University. És subdirectora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB.

MARIA BELÉN PASCUAL BARRIO

Palma (1968). Llicenciada en sociologia i ciències polítiques per la Universitat Complutense de Madrid i doctora en ciències de l'educació per la Universitat de les Illes Balears. És professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social de la UIB (<http://gifes.uib.eu>). Les seves línies de recerca inclouen les àrees de sociologia de l'educació i la pedagogia social i es relacionen amb l'anàlisi del sistema educatiu, la intervenció socioeducativa amb famílies, la intervenció comunitària o la inserció sociolaboral dels joves.

ROSARIO POZO GORDALIZA

Doctora en Sociologia, diplomada en Educació Social i llicenciada en Psicopedagogia amb diverses especialitzacions (màster) en Problemes Socials, Etnicitat i Gènere, entre altres. Ha estat becària del Departament de Sociologia de la Universitat de Granada i consultora internacional en temes de gènere i desenvolupament a l'Àsia. Actualment és professora ajudanta doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears.

MARIA ANTÒNIA GOMILA GRAU

Llicenciada en ciències polítiques i sociologia en l'especialitat d'antropologia social per la Universitat Complutense, doctora en història per l'Institut Universitari Europeu. Becària Marie Curie a l'Institut d'Ethnologie Méditerranéenne et Comparative de la Universitat de Provença (França), on va desenvolupar un projecte de recerca sobre les relacions intergeneracionals en la família. És professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Els seus temes d'interès se centren en les relacions intergeneracionals, la família i l'escola.

JOAN AMER FERNÁNDEZ

Llicenciat i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears. Membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES, <http://gifes.uib.eu>). Les seves línies de recerca són els programes familiars basats en l'evidència, la pedagogia social i la sociologia de l'educació i la família.

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma (1978). Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la UIB. Professora contractada, doctora interina del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Entre les seves línies de recerca principals destaca la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil, i la resolució de conflictes. Va fer una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballar amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida en la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de la Gent Fran (IMAS) i participant en la comissió de Protecció del Major d'aquest observatori.

CARMEN LÓPEZ ESTEVA

Sóller (1990). Educadora social llicenciada en Psicopedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Orientada en els temes d'inclusió i participació familiar amb el treball de fi de Màster sobre *Orientació educativa per a la transformació escolar als centres de secundària*, pendent de publicar. Cursa el Doctorat d'Educació en el grup de recerca GIFES (Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social) i les seves línies de recerca són l'envelliment actiu i la cohesió social.

**VIOLÈNCIES DE GÈNERE EN
DONES SENSE SOSTRE:
TRAJECTÒRIES DE VIDA I PROCÉS
D'ENVELLIMENT**

Violències de gènere en dones sense sostre: trajectòries de vida i procés d'envelliment

Irene Castaño Cárdenas
Rosario Pozo Gordaliza

Resum

La finalitat d'aquest treball ha estat abordar un tema emergent que, actualment, roman ocult i invisible: el «sensellarisme» femení i la violència de gènere de les dones sense sostre. S'ha utilitzat un mètode d'estudi qualitatiu basat en l'anàlisi de diferents trajectòries de vida de dones sense llar. Aquesta anàlisi s'ha centrat principalment en la detecció i la relació de tots els processos d'exclusió que han provocat la situació de «sensellarisme» femení, i concretament s'han abordat les violències viscudes. En definitiva, mitjançant aquest treball, s'ha pogut detectar i analitzar la triple invisibilitat que caracteritza la majoria de dones sense sostre: el fet de ser dones, sense llar i víctimes de la violència de gènere.

Resumen

La finalidad de este trabajo ha sido abordar un tema emergente que, actualmente, permanece oculto e invisible: el sinhogarismo femenino y la violencia de género sufrida por las mujeres que se encuentran sin hogar. Se ha utilizado un método de estudio cualitativo basado en el análisis de diferentes trayectorias de vidas de mujeres sin hogar. Principalmente, este análisis se ha centrado en detectar y en relacionar todos los procesos de exclusión que han provocado la situación de sinhogarismo femenino, y concretamente se han abordado las violencias sufridas. En definitiva, mediante este trabajo se ha podido detectar y analizar la triple invisibilidad que caracteriza a la mayoría de mujeres sin techo: el hecho de ser mujeres, sin hogar y víctimas de la violencia de género.

1. Introducció

El «sensellarisme» és un fenomen cada vegada més estudiat i al llarg dels anys s'està fent més visible. No obstant això, els escassos estudis que hi ha sobre aquest tema aporten dades molt generals i sobretot se centren en la situació dels homes, pel fet que hi ha més proporció d'homes sense llar que de dones. És per això que les dones sense llar encaren una doble invisibilitat: el fet de ser dones i, a més, que no tenen llar, la qual cosa encara les fa més vulnerables. D'aquesta manera, aquest treball neix de la idea d'aportar llum, fer més visible i apartar de l'ombra aquesta part de la població que es troba totalment exclosa i marginada. Així doncs, el que realment pretenem és aportar dades i fer una anàlisi sobre les realitats invisibles en què viuen les persones més desfavorides com és el cas de les dones sense llar. No obstant això, pretenem anar més enllà del sensellarisme i és per això que ens centrarem sobretot, en l'anàlisi de les violències i els successos estressants viscuts per les dones que es troben sense llar, per poder comprendre i relacionar els processos que han portat les dones a

aquesta situació. Com a tècnica d'investigació utilitzarem les històries de vida. Aquest instrument d'anàlisi qualitatiu ens servirà per analitzar i comparar la situació de les persones sense llar i les violències viscudes a través de les experiències de les dones que comprenen l'objecte d'aquest estudi.

2. Contextualització

En els últims anys, la problemàtica de les persones sense llar s'ha convertit en un camp prioritari en l'àmbit social i en les polítiques socials i és per això que s'ha produït un augment en el nombre d'estudis i investigacions sobre aquesta població.

Tradicionalment, el perfil més destacat de persona sense llar era masculí. És per això que els recursos i els estudis que hi ha actualment recullen la situació generalitzada i masculina de les persones sense llar. No obstant això, la proporció que representen les dones sobre el total de pobres ha augmentat en les últimes dècades.

En l'últim informe publicat per l'INE el 2012, es va registrar a Espanya un total de 22.938 persones que van utilitzar els recursos socials d'allotjament i/o restauració destinats a les persones sense llar, el 80,2% del qual eren homes i el 19,7% eren dones. Respecte a un informe anterior, publicat el 2005, el percentatge de dones s'ha incrementat, i ha passat del 17,3% el 2005 al 19,7% el 2012.

Segons aquest informe, el 57,7% de les persones sense llar tenen menys de 45 anys, el 38,4% entre 45 i 64 anys i els més grans de 64 anys representen el 3,9%. L'edat mitjana d'aquestes persones se situa en 42,7 anys. Com podem apreciar, un percentatge alt de persones sense llars se situen en una edat adulta i en transició a la vellesa.

D'altra banda, l'OMS ens alerta que el nombre de persones de 60 anys o més a tot el món s'ha duplicat des dels anys vuitanta i que la previsió és que arribem als 2.000 milions d'aquí a 2050.

Segons Riesco (2016), Espanya experimenta un procés d'envelliment demogràfic des de fa dècades, la qual cosa fa que actualment sigui un dels països més envellits del món. Aquest procés porta associats canvis en les característiques de les diferents generacions. Aquests canvis han possibilitat que les persones grans cada vegada siguin més actives i que siguin actors protagonistes cada vegada més importants.

Segons el Cens de Població i Habitatges 2011 de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), el grup de persones de 65 anys o més segueix augmentant, i és del 17,3% sobre el total de la població. Els coneixements i les pràctiques sobre la falta d'habitatge tendeixen a centrar-

se en els adults més joves, i presten molta menys atenció a les persones grans (Burns, Grenier, Lavoie, Rothwell i Sussman, 2012).

És important comprendre la relació que hi ha entre els processos d'envelliment femení i el sensellarisme: segons Gelabert i Ballester (2013), i segons les dades de 2005-2012, pel que fa a les persones grans de 64 anys sense llar, el 3,9% a Espanya i el 3,5% a Balears eren dones (235 persones). En el cas de les persones de vida, es produeix una disminució del 5,8% el 2005 al 3,5% el 2012. I únicament un 15,7% són dones. Aquest nombre reduït de dones que viu al carrer manté implicacions en nous processos d'exclusió i d'invisibilització del col·lectiu.

Segons Imsero (2001) (citada a Sánchez, 2016), en la construcció social de la vellesa, la deterioració de la salut és la raó principal per considerar que una persona ha entrat en la vellesa, per sobre de l'edat. D'aquesta manera, les persones són en part el que el seu aspecte denota. El pas del temps, encara que deixi petjades físiques i condicioni la personalitat de cada individu, és el factor més objectiu de referència social.

Cada subjecte té un cos en què es pot determinar l'impacte del temps (edat biològica) amb un marge d'error. D'aquesta manera, és difícil sostreure's del cos socialment informant, ja que és el reflex d'una història o biografia individual, d'uns trets o caracteritzacions dels grups propers al subjecte en qüestió, i el reflex d'una condició i estatus social individual, d'una classe social i d'un estil de vida.

És per això que la deterioració que suposa per a aquestes dones el fet de viure al carrer i les violències estructurals que es desenvolupen en aquest estudi fa que hàgim de replantejar o repensar les implicacions de l'envelliment, no solament en termes d'edat cronològica o processos vitals sinó també en termes de l'impacte de les condicions de vida en les persones, per establir noves fronteres en els processos d'envelliment. Si no féssim aquesta reflexió, estariem invisibilitzant una part de la ciutadania. L'envelliment femení de la població necessita, a més, recerca i polítiques que atenguin aquestes necessitats (Edmonston i Fong, 2011) a més d'una revisió del concepte de «processos d'envelliment i sensellarisme femení». És per això que hem volgut dedicar aquest capítol de l'Anuari de l'envelliment a aquest col·lectiu i a les seves fronteres cronològiques.

3. Objectius

- Objectiu general: explorar les trajectòries de vida de les dones sense llar.
- Objectius específics:
 - Identificar els successos vitals estressants de les dones sense llar.
 - Descriure i analitzar les violències en cada història de vida.

4. Metodologia

La metodologia d'aquest treball consisteix a dur a terme una anàlisi qualitativa que tindrà com a finalitat conèixer la realitat de les dones sense llar víctimes de violència de gènere a través de trajectòries de vida.

Per dur a terme aquest estudi hem utilitzat diverses tècniques: entrevistes, visualització i anàlisi de recursos digitals (pàgines web, vídeos, documentals, entre d'altres) i anàlisi bibliogràfica (informes, llibres, notícies, articles).

En primer lloc, hem fet una recerca exhaustiva de bibliografia relacionada amb la temàtica que emmarca aquest treball, concretament sobre els temes següents: sense sostre, violència de gènere, feminització de la pobresa i triple invisibilitat. Cal dir que hem cercat bibliografia actual i no només en l'àmbit nacional, sinó que també hem consultat fonts bibliogràfiques internacionals.

Aquesta bibliografia ha estat llegida, traduïda i interpretada per poder definir el marc teòric d'aquest estudi. Un cop obtinguda i analitzada la informació, hem procedit a tractar-la d'una manera adequada i clara, per poder elaborar un marc teòric ben fonamentat. Seguidament, hem dissenyat i portat a terme el treball de camp, que ha consistit a recollir històries de vida de dones sense llar per analitzar-les i posteriorment integrar-les en aquest estudi.

El criteri per a la selecció de la mostra ha estat dones que es troben sense llar, hagin estat víctimes o no de violència de gènere. Hem reservat la identitat de totes les dones per evitar que els seus relats siguin identificats per terceres persones i pugui haver-hi alguna conseqüència o dany. És per això que les dades personals de les entrevistades no apareixen al llarg d'aquest treball i estan protegides sota una etiqueta. Totes les dones que han estat entrevistades viuen o han viscut en centres adreçats a les persones sense llar. La major part de les entrevistes han tingut lloc a la Casa de Família, un centre que disposa d'un alberg per a persones en risc o situació d'exclusió social amb necessitat d'acollida temporal i cobriment de les necessitats bàsiques.

5. Anàlisi dels resultats

Les trajectòries de vida d'aquest estudi inclouen set dones de diverses edats, concretament d'entre 43 i 60 anys. La majoria d'aquestes dones han nascut a Mallorca, en pobles i a les barriades de Palma.

A la taula següent podem veure de manera detallada les característiques demogràfiques de les dones entrevistades, així com les violències experimentades en cada cas.

Taula 1 | *Segment de mercat, usos de la pàgina Cita Perfecta*

Etiqueta	Edad	Lugar de nacimiento	Violencia de género
MSH 1	51	Baleares	Violencia intrafamiliar: víctima indirecta
MSH 2	51	Baleares	Maltrato físico y psíquico
MSH 3	42	Baleares	Maltrato físico y violación
MSH 4	53	Baleares	Violencia material y economía, maltrato físico
MSH 5	60	Península	Maltrato físico y acoso verbal
MSH 6	58	País Nórdico	NO
MSH 7	43	Baleares (gitana)	Maltrato físico y violación

Elaboració pròpia

Totes les dones que formen aquest estudi, per diferents circumstàncies de la vida, actualment es troben sense llar. Normalment, abans de viure al carrer, vivien en pisos compartits, en estudis o en petits apartaments que han hagut de deixar perquè no podien pagar. Algunes fa poc temps que no tenen llar i han recorregut directament als serveis i recursos per a persones sense llar. Per tant, aquestes dones no han viscut a la intempèrie. Altres, però, fa molt de temps que es troben sense llar i han passat per diversos albergs i centres, a més d'haver estat un quant temps al carrer.

Actualment aquestes dones no tenen feina i ni ingressos que els permetin viure dignament en una llar. Totes les entrevistades estan en una edat en què és difícil accedir a un lloc de treball estable, per la qual cosa, en aquests casos, l'edat és un condicionant que les limita a l'hora d'aconseguir una llar pròpia. A més, per la dura situació que viuen i l'edat que tenen, aquestes dones pateixen diverses malalties i les seves condicions físiques es troben deteriorades.

Els llocs més destacats on han dormit i s'han refugiat aquestes dones són el cementiri, residències, naus abandonades, tendes de campanyes i places de la ciutat. En relació amb això, les dones matisen que han viscut en condicions infrahumanes i han passat per situacions miserables caracteritzades per la fam i el fred. Possiblement, han sentit molta por, soledat i tristesa i, a més, han estat exposades a patir violència i agressions, ja que el carrer és un lloc molt hostil i insegur, sobretot durant la nit. No obstant això, actualment aquestes dones se senten protegides i tenen un sostre i un llit on dormir de forma segura. El centre on resideixen actualment el consideren com la seva llar, ja que hi romanen durant gairebé tot el dia.

Les relacions familiars i socials, en el cas d'aquestes dones, són nul·les o febles. Algunes avui dia mantenen la relació amb alguns dels seus familiars i amics. Altres, però, per diferents circumstàncies de la vida, estan apartades totalment del seu nucli familiar i social. Podem considerar que la manca de suport familiar i social impossibilita que tinguin una llar.

Una cosa que tenen en comú les entrevistades són les situacions de violència que han patit al llarg de les seves vides. Per començar, cal parlar d'un tipus de violència que pateixen totes les dones sense llar i que, com que no és visible, roman ocult: la violència estructural. Díaz (2014) defineix la violència estructural com aquella violència que impedeix cobrir les necessitats bàsiques, com la generada per les desigualtats socials. Segons l'article 47 de la Constitució Espanyola de 1978, «tots els espanyols tenen dret a gaudir d'un habitatge digne i adequat. Els poders públics han de promoure les condicions necessàries i establiran les normes pertinents per fer efectiu aquest dret, regulant la utilització del sòl d'acord amb l'interès general per impedir l'especulació». D'aquesta manera, tal com explica Díaz (2014), el sensellarisme i la falta de gestió de l'Administració són anticonstitucionals i violen els drets de la ciutadania.

Durant les entrevistes, les dones sense llar relaten aquells successos que han estat rellevants en les seves vides. En parlar sobre els successos vitals estressants, les entrevistades remarquen aquells esdeveniments que han influït en la forma d'afrontar determinades situacions. D'aquests successos, els més destacats per les entrevistades són les violències sofertes al llarg de les seves vides. La violència més destacada en les històries de vida és la violència exercida per part de l'exmarit o l'exparella de la víctima.

La majoria de les entrevistades han rebut maltractaments prèviament al fet de trobar-se vivint al carrer, en un context familiar molt precari i destructiu. La situació familiar i els maltractaments rebuts han deixat algunes dones en situació de vulnerabilitat, inestabilitat i desarrelament. En aquest cas, podem dir que el maltractament ha estat un element més, no per això menys important, que ha contribuït al fet que la dona acabi vivint al carrer.

La modalitat de violència més soferta per les entrevistades és el maltractament físic i psicològic. «Era un maltractador, maltractament físic i psíquic» [MSH 2]. «Patia uns maltractaments molt forts, estava a punt de matar-me. Va estar a punt de matar-me perquè la seva idea era assassinar-me» [MSH 4]. Algunes dones també han estat víctimes de maltractaments sexuals. Concretament, aquestes dones afirmen que han estat violades per les seves parelles o per altres persones.

Un altre tipus de violència que hem detectat a través de l'anàlisi de les històries de vida és la violència econòmica i material. En diverses històries podem veure que algunes dones, per les circumstàncies de maltractament que hem comentat anteriorment, s'han vist obligades a fugir de la seva pròpia llar renunciant als seus béns, tant econòmics com materials, deixant tot el que tenien en mans de l'exmarit o l'exparella. Elles s'han quedat sense res i han quedat en una situació de pobresa extrema. Finalment, cal dir que tota aquesta violència ha generat múltiples conseqüències en les dones. Aquestes no només arrossegueu les repercussions de la vida al carrer (estrès, ansietat, por, incertesa, etc.), sinó que també pateixen les seqüeles del maltractament i la violència:

desconfiança en les relacions de suport, por a les relacions amb els homes, seqüeles físiques, tendència a l'aïllament, baixa autoestima, problemes psicològics i emocionals, dificultats a l'hora de mantenir relacions sexuals, carències afectives, depressió, tolerància a la violència, entre d'altres.

En definitiva, podem veure que la majoria de les dones que inclou aquest estudi es caracteritzen i tenen en comú la triple invisibilitat de la qual hem parlat al llarg d'aquest treball: el fet de ser dona, sense llar i víctima de violència de gènere.

Per acabar, d'una manera resumida, es pot dir que les característiques generals de la violència a la qual han estat exposades les dones entrevistades són: una violència de gènere soferta abans de l'estada al carrer, donada en un context intrafamiliar, procedent principalment de la parella o el marit. Es pot deduir que ha estat una violència mantinguda i repetida en el temps, sovint denunciada i en què s'ha compaginat el maltractament físic i psicològic, i en alguns casos l'abús sexual.

6. Reflexions finals

Al llarg dels anys, com hem pogut veure, el nombre d'estudis i investigacions sobre la població sense llar ha augmentat. No obstant això, aquests proporcionen informació generalitzada i les dades que ofereixen reflecteixen sobretot la situació del col·lectiu sense llar masculí, perquè hi ha una proporció més gran d'homes sense llar que de dones.

Aquest fet no només fa més invisible el col·lectiu femení, sinó que també dificulta la creació de recursos i eines adequades per atendre de forma òptima totes les necessitats de les dones sense llar. Com hem pogut constatar, en l'actualitat s'està produint un canvi en el context del col·lectiu de persones sense llar.

Les principals tendències que s'han generat són la feminització, el rejuveniment del col·lectiu, la presència de grups familiars i un nivell educatiu més alt. Així doncs, en les últimes dècades s'ha observat una proporció creixent de dones en situació de pobresa, la qual cosa ha generat el concepte de *feminització de la pobresa*. En la societat actual, les dones i els homes no gaudeixen dels mateixos drets i oportunitats. Tot i les múltiples lluites per la igualtat, avui dia, en molts aspectes, les dones estan en desavantatge: la majoria de dones no tenen accés als recursos i no els controlen, no gaudeixen d'una plena autonomia en la presa de decisions, tenen pitjors condicions laborals que els homes, pateixen discriminació i violència, etc. Tots aquests factors fan que les dones cada vegada siguin més pobres i vulnerables. D'aquesta manera, com podem observar, l'exclusió de les dones es manifesta en diferents àmbits de la vida social, econòmica i política. És per això que és important poder apropar-se als processos d'exclusió que afecten dones i homes

de manera desigual, i abordar la perspectiva de gènere en l'anàlisi del fenomen de les persones sense llar.

Aquest fet no només pot contribuir a visibilitzar aquest fenomen, sinó que també suposa un objectiu fonamental en la reducció de la pobresa femenina. Un altre aspecte molt important per possibilitar una intervenció eficaç en el col·lectiu de les dones sense llar és l'anàlisi de les causes i els factors que condicionen i afavoreixen la situació de no tenir llar. Això possibilita comprendre més a fons el problema per poder dissenyar les estratègies de prevenció adequades.

L'objectiu primordial d'aquest treball era analitzar les diferents històries de vida de les dones sense sostre fent èmfasi en les violències de gènere i en els successos vitals estressants soferts per aquestes dones. Després d'analitzar totes les històries de vida, hem arribat a la conclusió que els processos d'exclusió pels quals han passat les dones fins a arribar a la situació de viure al carrer són diversos, però que, en la majoria de les històries analitzades, aquests processos tenen relació, en diferent mesura, amb les violències de gènere i els successos vitals estressants experimentats per elles.

Totes les dones que han format part d'aquest estudi han viscut moments molt difícils, com ara violència intrafamiliar, problemes d'addicció a l'alcohol i altres drogues, mort de persones molt significatives per a elles, abusos i maltractaments, etc. Aquests factors han influït de manera directa i indirecta en la situació en què es troben actualment. Una característica que tenen en comú totes és que no tenen habitatge propi i que la falta d'ingressos els impedeix accedir a un habitatge digne. A més, es troben en una edat en què és molt difícil accedir al mercat de treball, i això en dificulta encara més la situació.

És per això que totes han hagut de recórrer als centres i recursos adreçats a les persones sense llar. Tot i que en aquests centres les dones tenen cobertes totes les seves necessitats bàsiques, troben a faltar la intimitat i la calor que proporciona una llar. A més, no poden tenir gaires pertinences per la dificultat per mantenir-les davant la precarietat d'espais propis. Com hem pogut comprovar a través dels relats de les dones, un altre aspecte que tenen en comú totes és que no compten amb una xarxa de suport familiar i social prou forta que hagi pogut frenar la situació de manca d'una llar. Moltes són jutjades per la seva pròpia família i amics per no haver tingut la capacitat d'assumir el rol de cuidadores de la llar i per no haver mantingut la seva pròpia família.

Un fet que ja sabem és que les persones sense llar estan exposades a un nivell de violència superior al de la resta de persones. Això es deu al fet que el medi en què sobreviuen és molt hostil i que estan exposades a les agressions. Tant els homes com les dones són víctimes de violència al carrer, però en el cas de les dones aquesta violència és més alarmant pel

fet que molts homes s'aprofiten de la situació i les agredeixen sexualment o les inciten a mantenir relacions a canvi de diners. La primera violència que vam detectar en les dones sense llar és l'estructural, ja que són les mateixes estructures socials les que impedeixen cobrir les necessitats bàsiques d'aquest col·lectiu. D'aquesta manera, d'una forma directa, el sensellarisme femení es veu embolicat en una violència estructural perquè un dels drets bàsics que tenim totes les persones: el dret a un habitatge digne.

D'altra banda, arran de l'anàlisi dels tipus de violència que pateixen les dones sense llar, ens hem adonat que hi ha un tipus de violència que es repeteix en la majoria dels casos estudiats: la violència per part del marit o la parella de la dona. Així doncs, el maltractament forma part dels successos vitals estressants que contribueixen a la vulnerabilitat d'aquestes dones.

Aquest maltractament s'ha donat de diferents formes: assetjament verbal, maltractament físic i psicològic, abús sexual i violació. Aquest tipus de violència, que es constata en els relats de vida, són el resultat de les relacions tradicionals basades en uns rols i uns estereotips de gènere que postulen la idea que els homes són superiors a les dones i per això tenen el dret i el poder d'exercir control i domini sobre elles. D'aquesta manera, podem considerar aquest tipus de violència de gènere com un factor determinant que afavoreix que caiguin en l'exclusió social i que perdin la llar.

Això ho podem afirmar per les conseqüències físiques i psicològiques derivades de la violència i per l'escàs o nul suport familiar i social que tenen les dones després de deixar la seva parella, així com per la manca de recursos econòmics i la pobresa que experimenten les dones quan decideixen abandonar la llar i, finalment, per les poques sortides que ofereixen les polítiques socials a aquest tipus de situacions, que obliguen moltes vegades les dones a refugiar-se a casa de familiars o amics, en els recursos socials no adequats per a les seves situacions o que directament es veuen obligades a viure al carrer. En definitiva, les situacions de violència empitjoren l'estat de pobresa de les dones i moltes vegades són la principal causa que aquestes fugin de la llar i s'iniciïn en l'espiral de l'exclusió. Com hem vist al llarg d'aquest estudi, les dones sense llar que han estat víctimes de violència en el context familiar s'han vist obligades a abandonar les seves llars per fugir del maltractament a què estaven condemnades. Això ha forçat les entrevistades a entrar en una situació de pobresa i, per tant, a romandre al carrer.

Un altre tipus de violència de gènere que cal destacar és la violència econòmica i material. En els relats de vida, hem identificat aquest tipus de violència, ja que algunes entrevistades relaten que les exparelles o els exmarits s'han apropiat dels seus béns materials i econòmics. En aquest cas, es pot veure que en aquest tipus de violència també influeix el sistema patriarcal, el qual estableix que la dona és propietat de l'home, i que per això pot exercir tot el poder sobre ella.

Com hem vist, les conseqüències de la violència de gènere són múltiples i afecten tots els àmbits de la vida de les dones. En el cas de les dones sense llar i víctimes de violència de gènere, aquestes, a més de patir estrès, ansietat i soledat per la situació d'exclusió social en què viuen, també suporten les seqüeles del maltractament i la violència: insomni, depressió, baixa autoestima, por als homes, etc. A més de tot això, algunes dones sense llar han vist que els seus fills i filles també n'han estat víctimes, sigui de forma directa o indirecta, del maltractament exercit pel marit o la parella, la qual cosa ha deixat seqüeles importants en els seus fills i filles: traumes, insomni, problemes psicològics, seqüeles físiques, etc. En definitiva, al llarg de l'anàlisi dels relats de vida, podem veure els efectes de la triple invisibilitat: trobar-se sense llar i ser dona i patir la violència de gènere.

D'altra banda, cal fer esment de la gran tasca que fan els recursos adreçats a les persones sense llar, ja que aquests s'encarreguen de cobrir les necessitats bàsiques de les persones més desfavorides i els ajuden a sortir de la situació d'exclusió social en què es troba aquest col·lectiu. Pel que hem pogut observar, aquests centres ajuden les dones en la recerca de feina perquè puguin sortir d'aquesta situació i puguin encaminar les seves vides. No obstant això, tot i que aquests ofereixen, a més, una intervenció individualitzada en cada cas, considerem que aquests centres es limiten sobretot a satisfer les necessitats bàsiques d'higiene, menjar i llit, i no tant les múltiples problemàtiques que caracteritzen aquest col·lectiu. Crec que la manca de serveis especialitzats limita les possibilitats d'accés a una vida més bona a totes les dones a qui manca la llar.

D'aquesta manera, considerem que és necessari crear més recursos adreçats a les dones sense llar, i fonamentalment per a les que estan embolicades en diverses problemàtiques alhora, com ara violència de gènere, problemes de salut mental, addiccions, etc. Aquestes problemàtiques requereixen una intervenció més especialitzada i individualitzada, i adaptada a les característiques de cada dona.

Referències bibliogràfiques

Burns, V., Grenier, A., Lavoie, J. P., Rothwell, D., i Sussman, T. (2012). Les personnes âgées itinérantes — invisibles et exclues. Une analyse de trois stratégies pour contrer l'itinérance. *Frontières*, 25 (1), 31-56.

Constitución Española (1978). Artículo 47: Derecho a la vivienda. Utilización del suelo. Consultado en: http://www.lamoncloa.gob.es/documents/constitucion_es1.pdf

Edmondston, B., i Fong, E. (Eds.) (2011). *The Changing Canadian Population*. Kingston: McGill-Queen's University Press.

García, I (2012). Mujeres sin hogar: principales causas y líneas de investigación alternativas. *Miscelánea Comillas*, 136 (70), 63-89. Consultado en: <https://revistas.upcomillas.es/index.php/miscelaneacomillas/article/download/720/596>.

Gelabert, B. i Ballester, Ll. (2013). L'envelliment de les persones sense sostre. A Orte, C. Anuari de l'envelliment. Illes Balears. 2013. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Consultat en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0303110265A>

Instituto Nacional de Estadística (2005). Encuesta sobre las personas sin hogar.

Instituto Nacional de Estadística (2012). Encuesta sobre las personas sin hogar.

Riesco, E. (2016). Género y generación. Influencia en la implicación política de mayores en España. *Ageing Policy*, 1 (4) 96-133. Consultat en: <http://www.hipatiapress.com/hpjournals/index.php/rasp/article/viewFile/1917/1653#page=25>

Sánchez, P. (2016). Vejez y género. Algunos conceptos para el análisis y el debate. *Ageing Policy*, 1 (4) 1-21. Consultat en: <http://www.hipatiapress.com/hpjournals/index.php/rasp/article/viewFile/1917/1653#page=25>

Autores

IRENE CASTAÑO CÁRDENAS

(1991). És estudiant d'Educació Social de la Universitat de les Illes Balears. Ha fet les pràctiques de grau a Ca l'Ardiaca (centre d'acollida per a persones en situació d'exclusió social o en risc de caure-hi, principalment persones sense llar).

ROSARIO POZO GORDALIZA

Doctora en Sociologia, diplomada en Educació Social i llicenciada en Psicopedagogia amb diverses especialitzacions (màster) en Problemes Socials, Etnicitat i Gènere, entre altres. Ha estat becària del Departament de Sociologia de la Universitat de Granada i consultora internacional en temes de gènere i desenvolupament a l'Àsia. Actualment és professora ajudanta doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears.



Universitat
de les Illes Balears



Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2016**



Govern
de les Illes Balears

Conselleria de Família i Serveis Socials



Consell de
Mallorca

■ Departament de Benestar
i Drets Socials
Institut Mallorquí d'Afers Socials