

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009



Universitat de les Illes Balears



Govern de les Illes Balears

Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració



CARMEN ORTE SOCIAS

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

ANUARI DE L'ENVELLIMENT.
ILLES BALEARNS 2009



Universitat de les
Illes Balears



**Govern
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,
Promoció i Immigració



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009

Aquest Anuari de l'envelliment és el resultat d'un conveni de col·laboració entre la **Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració de les Illes Balears i la Universitat de les Illes Balears**. Així, d'acord amb el conveni vigent, l'Anuari de l'envelliment és una iniciativa de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB, dirigida per la doctora Carmen Orte Socias, amb la col·laboració de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

Consell de Direcció:

Directora:

Dra. Carmen Orte Socias

Vocals:

Sra. Catalina Andreu Mestre

Dr. Bartomeu J. Barceló Ginard

Sr. Enrique Campos Alcaide

Sr. Miquel Oliver Ramon

Sr. Liberto Macías González

Dra. Carme Mas Tous

Secretària:

Sra. Lydia Sánchez Prieto

* © del text: els autors 2009

* © de l'edició: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i UIB)

* Disseny, maquetació i impressió: amadip.esment

* ISBN: 978-84-8384-117-4

* 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 d'Afers Socials, Promoció i Immigració.

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 d'Afers Socials, Promoció i Immigració, <<http://aferssocials.illesbalears.cat>>, i de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, <<http://www.uib.es/catedra/dependencia/>>.

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

Tel.: 971 17 32 96 / Fax: 971 17 31 90

E-mail: catedra.dependencia@uib.es

SUMARI

PRESENTACIÓ	7
<hr/>	
Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració Fina Santiago Rodríguez	
INTRODUCCIÓ	11
<hr/>	
Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009	
LA REALITAT DE LA GENT GRAN A LES ILLES BALEARS	17
Carmen Orte Socias i Martí X. March Cerdà	
<hr/>	
L'ENVELLIMENT A LES ILLES BALEARS: PERFIL DEMOGRÀFIC DE LA POBLACIÓ DE SEIXANTA-CINC ANYS O MÉS	33
Sílvia Carretero Quevedo	
<hr/>	
UNA VISIÓ DE LA GENT GRAN DES DE LA PERSPECTIVA DELS INDICADORS SOCIALS. COMPARATIVA AUTONÒMICA, NACIONAL I EUROPEA	65
Margalida Vives Barceló	
<hr/>	
L'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA A MALLORCA	127
Enrique Campos Alcaide i Catalina Andreu Mestre	
<hr/>	
ENVELLIMENT I CALCIFICACIÓ DE TEIXITS BLANS: DES DE LA PATOLOGIA CARDIOVASCULAR A L'ALZHEIMER	157
Fèlix Grases Freixedas i Antònia Costa Bauzà	
<hr/>	
ENVELLIMENT I FLEXIBILITAT COGNITIVA: UN ABORDATGE NEUROPSICOLÒGIC	175
Daniel Adrover-Roig i Francisco Barceló Galindo	
<hr/>	
QUALITAT DE VIDA I EDUCACIÓ DE LA GENT GRAN	215
Cristina Fernández Coll, Liberto Macías González i Carmen Orte Socias	
<hr/>	

PROGRAMA INTERGENERACIONAL «GENT GRAN, GENT PETITA: UNA EXPERIÈNCIA COMPARTIDA»	241
Cecília Padrós Cano, Esperança Moll Mesquida i Fernando Ramón Gancedo	
<hr/>	
ANÀLISI DE LES ASSOCIACIONS DE GENT GRAN A LES ILLES BALEARS	261
Josep Lluís Riera Moll	
<hr/>	
PROGRAMES D'INTERVENCIÓ COMUNITÀRIA EN VELLESA I FAMÍLIA	295
Bartomeu J. Barceló Ginard, Robert Fernández Garcia, Catalina Garcia Garí i Maria Isabel Cuart Sintès	
<hr/>	
LA FORMACIÓ EN DEPENDÈNCIA: RADIOGRAFIA D'UNA REALITAT	347
Lydia Sánchez Prieto i Carmen Orte Socías	
<hr/>	

PRESENTACIÓ

Fina Santiago Rodríguez
Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració
Govern de les Illes Balears

La segona part d'un treball rellevant, com va ser el primer *Anuari*, és tot un repte. El llibre que teniu a les mans confirma que aquest repte ha estat superat. S'ha tornat a aconseguir allò que cercàvem: aportar un instrument d'anàlisi i reflexió de qualitat. El reconeixement de la primera edició de l'*Anuari* va ser molt positiu i s'han rebut un gran nombre de comunicacions favorables. A la segona edició, s'han mantingut les característiques del treball més valorades, alhora que s'hi han implicat nous autors, s'hi han tractat nous temes i s'hi han obert noves perspectives.

D'acord amb els plantejaments que inspiren el funcionament dels serveis socials a la nova Llei de serveis socials, l'organització i les metodologies han d'experimentar una transformació. Davant els plantejaments clàssics centrats en allò que podem fer en els serveis i en l'activitat dels professionals, avui hem d'intentar una intervenció centrada en les necessitats i en l'activitat del conjunt dels equips. Això significa que ha de millorar la nostra capacitat d'anàlisi de les necessitats, de diagnòstic, de treball en equip i d'intervenció en xarxa.

Aquest *Anuari* té un objectiu sobretot pràctic i divulgador, per posar a disposició dels professionals, de les organitzacions i dels ciutadans i ciutadanes un conjunt de treballs que esperen influir en una actuació més responsable i eficaç, mitjançant la presentació d'investigacions i experiències de referència. Malgrat tot, també hi ha treballs que mostren el model derivat de la llei coneguda com a Llei de la dependència.

S'ha d'insistir que la finalitat d'aquest text, en conjunt, és oferir alternatives metodològiques, mostrar bones pràctiques, aportar anàlisis de les dades més rellevants i convidar als debats oberts sobre l'atenció a les situacions de dependència, per tal de millorar la capacitat de respondre de manera eficaç a les necessitats. Sabem que no és suficient, que s'ha de disposar de més recursos per fer més serveis i per mantenir-los, però també per millorar les pensions més baixes; sabem que s'ha de fer una tasca de prevenció dels maltractaments a persones grans, que s'ha de millorar l'articulació amb el sistema de salut i altres sistemes, que hem de millorar el reconeixement social de les persones grans, etc. Es tracta de molts temes, sobre els quals treballam amb la resta d'administracions competents: els consells, els ajuntaments i també l'Administració de l'Estat.

Finalment, volem agrair la col·laboració de tots els autors i autores de cada capítol. Tots han fet un esforç destacat per fer entenedor el seu text i han evitat tecnicismes prescindibles, sense que això afecti la qualitat de les aportacions.

INTRODUCCIÓ

Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009

A mesura que ens endinsam en la primera dècada del segle XXI, l'envelliment demogràfic és una de les principals tendències en l'àmbit mundial. En un context d'augment de l'esperança de vida de la població, de millora de la salut, s'incrementa la longevitat de les persones grans, augmenta el seu nombre i també el nombre de les que tenen i tindran problemes més grans de dependència. Com queda reflectit en l'estudi titulat *Why Population Aging Matters: A Global Perspective* (National Institute on Aging and National Institute of Health, 2007), en el qual, de manera succinta, es descriuen els principals trets d'aquesta població en l'àmbit de la salut i en l'àmbit social i també els reptes i oportunitats que poden estimular el diàleg científic i polític; l'informe identifica nou tendències que oferixen una fotografia dels reptes de futur en la població mundial:

1. *La població mundial envelleix.* Per primera vegada en la història, les persones de seixanta-cinc anys o més aviat excediran en nombre els nens de menys de cinc anys d'edat.
2. *Augmenta l'esperança de vida.* La majoria de països mostren un augment estable de la longevitat al llarg del temps. Això planteja qüestions sobre el potencial de la vida humana.
3. *El nombre dels més vells augmenta.* Les projeccions de la població mundial de vuitanta anys o més indiquen un augment del 233 per cent entre 2008 i 2040, comparat amb el 160 per cent de la població de seixanta-cinc anys o més i el 33 per cent del total de la població de totes les edats.
4. *Algunes poblacions envelleixen mentre la seva grandària disminueix.* Mentre la població mundial envelleix, la grandària total demogràfica declina de manera simultània en alguns països i la llista d'aquests països té una projecció d'ampliació.
5. *Les malalties no contagioses es converteixen en una càrrega creixent.* Les malalties cròniques no contagioses són ara la causa principal de mort entre les persones més grans, tant en els països en via de desenvolupament com en els països desenvolupats.
6. *Les estructures familiars canvien.* A mesura que les persones viuen més i tenen menys fills, les estructures familiars es transformen i les opcions de cures en les edats més grans poden canviar.
7. *Els patrons de treball i retir canvien.* La reducció de les proporcions de treballadors a pensionistes i el fet que les persones passin una part més gran de les seves vides en la jubilació, augmenta els impostos de salut i dels sistemes de pensió existents.
8. *Els sistemes de seguretat social evolucionen.* Com que les despeses de seguretat social s'intensifiquen, un nombre creixent de països avalua el manteniment d'aquests sistemes.

9. *Emergeixen nous desafiaments econòmics.* L'envelliment de la població té i tindrà grans efectes en els programes de prestacions socials, l'oferta de treball i l'estalvi total en tot el món i pot exigir nous enfocaments fiscals per adaptar-se a un món en canvi.

D'acord amb això, i tal com indica l'informe mundial sobre l'envelliment *An aging World: 2008* (Census Bureau, 2009), el creixement estable i sostingut dels grups de població més grans, principalment a partir de 2010, planteja innumbrables reptes per a les polítiques de benestar. D'acord amb la línia del que recull l'Institut Nacional de Salut esmentat, l'informe examina les repercussions socioeconòmiques de les tendències sociodemogràfiques de l'envelliment de la població mundial; destaca, d'una banda, el triomf dels avenços mèdics, socials i econòmics; d'altra banda, destaquen els desafiaments que planteja l'envelliment de la població pel que fa a la seguretat social i als plans de pensions, els sistemes d'atenció a la salut, i els models existents de suport social. L'envelliment de la població afecta el creixement econòmic, els patrons de malaltia i la prevalença d'aquestes i les suposicions fonamentals sobre l'envelliment. En definitiva, a l'informe es recomana invertir en investigació de caràcter transnacional i multidisciplinari en els nou reptes detallats anteriorment. Es planteja la necessitat de generar el coneixement necessari en aquests àmbits, per produir dades que permetin guiar les polítiques públiques i la planificació a llarg termini, com ja fan molts països en desenvolupament. De fet, les conseqüències financeres i socials de l'envelliment de la població estimulen l'expansió de la investigació en noves àrees, que van des de la macroeconomia als recursos genètics.

L'Anuari de l'Envelliment. Illes Balears 2009 és el segon anuari que publicam, emmarcat en els objectius de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, i és resultat d'un conveni de col·laboració entre la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i la Universitat de les Illes Balears.

La Càtedra promou la millora de la qualitat de vida de les persones grans mitjançant formació especialitzada, estudis i investigacions. Es promou arribar a conèixer en profunditat la realitat d'aquest col·lectiu des d'una perspectiva multidisciplinària, amb especial incidència en la seva dimensió social i educativa, per poder donar a conèixer les demandes, les necessitats i els recursos d'aquest grup heterogeni de població, cada vegada més nombrós. També es pretén fer visible aquest col·lectiu i prendre consciència de la seva realitat des d'una perspectiva àmplia. Un dels objectius primordials de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal és possibilitar que les persones grans puguin adquirir el rol que mereixen dins la societat, sense risc d'exclusió social. A través de la informació, de la formació permanent i de la investigació, es pretén influir en el foment de l'autonomia de la persona gran, amb la finalitat de prevenir i/o reduir la seva dependència i millorar la seva qualitat de vida.

Per dur-ho a terme, des de la Càtedra es promouen diverses línies d'actuació: formació d'universitaris i de professionals en matèria de dependència i promoció de l'autonomia personal; recerca en l'àmbit de les persones grans, amb especial esment de l'autonomia personal i atenció a la dependència; informes periòdics dels aspectes més rellevants de la realitat de les persones grans, des d'una perspectiva multidisciplinària, tant a nivell descriptiu com d'anàlisi i propostes de millora; creació i/o suport de xarxes nacionals i internacionals de recerca i formació en matèria de dependència i promoció de l'autonomia personal; dotació de beques de recerca en matèria de dependència amb l'objectiu de fomentar la investigació en temàtiques vinculades a la gerontologia, la dependència i l'envelliment; foment de la formació especialitzada en temes de dependència i promoció de l'autonomia personal destinada a la professionalització de qualitat en l'àmbit de les persones grans; fomentar la divulgació de la informació de qualitat sobre temàtiques vinculades a l'envelliment i a la dependència.

Des de l'espai de l'Anuari es pretén donar a conèixer els resultats del treball que es duu a terme en l'àmbit de l'envelliment de la població a les Illes Balears a diferents nivells: sociodemogràfic; de recursos i programes de salut, socials i educatius; d'avenços en diferents àmbits generats a partir de la investigació bàsica i aplicada; etc. Es pretén obrir un espai que reculli la reflexió, la investigació i la intervenció en diferents àmbits; molt àmplia en termes generals pel que fa al coneixement d'aquesta població des de totes les òptiques possibles, des del punt de vista demogràfic, sanitari, de necessitats familiars, socials i de suport, econòmiques, psicològiques, educatives de recursos, de pensions i de seguretat, etc. Es tracta d'un àmbit en el qual s'han donat respostes a demandes, especialment en la seva dimensió sanitària i social i que necessita aquest impuls, atès que no hi ha suficient tradició investigadora i de planificació de polítiques a llarg termini.

D'acord amb el que s'ha comentat anteriorment, l'estructura d'aquest segon anuari segueix la línia marcada pels objectius plantejats a la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Es presenten onze treballs realitzats per diferents autors, amb els títols següents: «La realitat de la gent gran a les Illes Balears»; «L'envelliment a les Illes Balears: perfil demogràfic de la població de seixanta-cinc anys o més»; «Una visió de la gent gran des de la perspectiva dels indicadors socials. Comparativa autonòmica, nacional i europea»; «L'atenció sociosanitària a Mallorca»; «Envelliment i calcificació de teixits blans: des de la patologia cardiovascular a l'Alzheimer»; «Envelliment i flexibilitat cognitiva: un abordatge neuropsicològic»; «Qualitat de vida i educació de la gent gran»; «Programa intergeneracional, "Gent gran, gent petita: una experiència compartida"»; «Anàlisi de les associacions de gent gran a les Illes Balears»; «Programes d'intervenció comunitària en vellesa i família»; «La formació en dependència: radiografia d'una realitat».

Es tracta de professionals i de treballs procedents de diferents disciplines i àmbits d'intervenció, que tracten diferents aspectes del fet d'envellir i de l'envelliment de la

població de les Illes Balears en el vessant demogràfic, social, sanitari, mèdic, psicològic i educatiu, des de perspectives tan diferents i complementàries al seu torn com la investigació, la prevenció universal i selectiva o la intervenció. Els donam les gràcies des d'aquí a tots i totes pel seu treball i per la seva contribució al fet que aquest segon Anuari hagi pogut ser una realitat.

Finalment, des de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i des de la Direcció de *l'Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2009*, donam les gràcies a la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, per la seva contribució a la realització de l'Anuari.

**LA REALITAT DE LA GENT GRAN
A LES ILLES BALEARS**

La realitat de la gent gran a les Illes Balears

Carmen Orte Socias (*)

Martí X. March Cerdà (**)

Envel·lir al segle XXI

Un dels fenòmens socials més significatius del segle XX, i que continuarà durant el segle XXI, ha estat l'increment de l'esperança de vida de la població i, per tant, l'augment de la població gran i un envelliment progressiu de la societat. Així, sens dubte, l'envelliment és un dels màxims desafiaments socials i econòmics del segle XXI per als països europeus. En aquesta perspectiva, cal assenyalar que Europa, en el marc de les diverses regions mundials, té la proporció més gran de persones que superen els seixanta-cinc anys, juntament amb el Japó, amb unes proporcions sense precedents. Aquest fet suposarà un increment de la despesa de la societat pel que fa als plans de pensions i a la creació i el manteniment dels recursos socio-sanitaris per a aquesta població envellida i amb un augment del percentatge de persones grans dependents.

En qualsevol cas, el que resulta evident és que aquest envelliment poblacional implica un increment del nombre d'estudis sobre aquest fenomen des de diverses perspectives disciplinàries. Per tant, trobam, cada vegada més, un interès social, acadèmic, científic, polític, cultural, etc. creixent amb relació a aquest fenomen social de l'envelliment, que suposa:

a. L'interès social, acadèmic i científic creixent per l'envelliment

Efectivament, a partir, fonamentalment, de la segona meitat del segle XX, assistim a un increment de l'interès per l'envelliment des de diverses perspectives: la perspectiva social, en tot el que implica que l'envelliment i les persones grans es converteixen en realitats objecte de preocupació, de debat polític, social, econòmic, cultural, etc. L'envelliment es converteix en un tema d'agenda dels representants polítics i socials; les persones grans tenen cada vegada més presència social. La perspectiva acadèmica es caracteritza per la institucionalització de diverses disciplines que tenen com a objecte d'estudi la realitat de la vellesa; ens referim a la geriatria, a la gerontologia, a la psicologia de la vellesa o del cicle vital, a la sociologia de la vellesa, a la gerontologia educativa, etc. Es tracta, doncs, de reforçar la sistematització dels coneixements existents sobre aquesta realitat, amb la finalitat de millorar la capacitació dels professionals que es dediquen a aquest sector de població, etc. I la perspectiva científica es posa de manifest amb l'increment de les investigacions que es realitzen sobre l'envelliment, sobre les persones grans, des de diverses òptiques disciplinàries, amb l'objectiu de millorar-ne el coneixement, amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida d'aquest col·lectiu.

A les Illes Balears, aquest interès social, acadèmic i científic es manifesta en una sèrie de fets que, a títol d'exemple, es concreten en l'existència dins la UIB de disciplines que treballen aquesta problemàtica a l'àmbit del treball social, de la psicologia, de la infermeria, de l'educació social, de la pedagogia, etc. En aquest sentit, cal fer referència a l'existència

d'una càtedra d'atenció a la dependència i promoció de l'autonomia personal, finançada per la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració del Govern de les Illes Balears o a la realització d'un *Anuari de l'Envel·liment, Illes Balears*. Es tracta, en aquest aspecte, de dos exemples del que significa aquest procés d'increment de l'interès acadèmic i científic de l'envelliment a les Illes Balears. O, també, es manifesta en l'existència de recerques, d'investigacions en els camps de les ciències de la salut, de la pedagogia, de la psicologia, de la geografia, de la sociologia sobre la realitat de les persones grans en els seus diversos aspectes. Però, també, es manifesta amb l'existència d'un teixit associatiu prou important, tant des de la perspectiva de la vertebració social, com des de la seva dimensió política.

b. La visió negativa enfront de la positiva dels estudis sobre l'envelliment

Efectivament, una de les característiques que fins al moment hi ha hagut sobre l'envelliment ha estat la visió negativa que s'ha realitzat d'aquest sector de població i que feia referència a aquest grup social en termes de malaltia, en termes de despesa social, en termes que l'increment de l'envelliment de la població tindrà conseqüències negatives per a la societat a l'àmbit econòmic o de les polítiques de salut. Aquesta visió negativa de la vellesa, tanmateix, està canviant tant a l'àmbit social com en la concepció que il·lumina els estudis sobre l'envelliment. Ens referim a la concepció que aposta per la idea de l'envelliment actiu, de l'envelliment positiu, de l'envelliment competent, de l'envelliment productiu. Aquest canvi de concepció sobre l'envelliment, aquesta nova visió de les persones grans és important tant des de la perspectiva social com des de la perspectiva individual de la gent gran. Una visió positiva de l'envelliment té i tindrà importants conseqüències amb relació als temes objecte de recerca, amb relació a les polítiques socials que es duren a terme per a aquest sector de població, amb relació al rol de les persones grans dins la societat, etc. En aquest sentit, és important assenyalar, com un exemple del que significa l'envelliment actiu, la visió positiva de la vellesa, l'impacte que té dins la població gran, i dins la societat en general, el programa de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB, que arriba cada vegada a més sectors de població, que arriba a totes les illes, que arriba a barris de Palma o a pobles de Mallorca. Els estudis realitzats amb relació a la UOM posen de manifest que la salut física o psicològica, que les relacions socials de les persones grans, que l'autoestima d'aquestes, millora de manera significativa. I aquest fet, com dèiem, és important per a la societat, per a les persones grans mateixes. És una manifestació més d'aquesta imatge positiva i saludable de les persones grans.

c. La construcció social i política de l'edat

Un dels fets que suposa la revolució demogràfica actual, amb l'increment de l'envelliment, és, sense cap dubte, la construcció social en què l'edat serà una variable essencial. Efectivament, aquest fenomen de l'envelliment implica el que alguns sociòlegs, com per exemple Enrique Gil Calvo, puguin parlar del poder gris o, també, per part d'altres

autors, de revolució grisa. Es tracta d'un concepte que implica reconèixer una realitat cada vegada més evident. En aquest sentit, cal posar de manifest que aquest increment demogràfic del sector de les persones grans, amb un envelliment i un sobreenvelliment, té i tindrà conseqüències a l'àmbit polític, a l'àmbit econòmic i a la cohesió social. Així doncs, cal tenir en compte que el sector de persones grans té cada vegada més influència política des de la perspectiva electoral; té més influència econòmica, malgrat el fet que les pensions no siguin gaire elevades per al conjunt de la població gran, a l'hora de definir polítiques concretes. Però aquests dos elements poden també implicar problemes des de la perspectiva de la cohesió social o del pacte intergeneracional sobre el que està construït el nostre sistema de pensions. A les Illes Balears, es tracta de dos aspectes molt importants, ja que durant els processos electorals la participació d'aquest sector de població és molt important a l'hora d'analitzar els resultats i les tendències electorals. A més, no es pot oblidar que les pensions a les Illes Balears són, de mitjana, de les més baixes de l'Estat, en funció del model econòmic existent o de l'evolució del mercat de treball.

En qualsevol cas, aquest increment del poder gris, en la manera en què es gestioni, pot tenir importants conseqüències a l'hora d'analitzar el nivell de cohesió social de la societat del present i del futur. És evident que les Illes Balears no són la zona més envellida d'Espanya, però sí que resulta necessari tenir en compte l'evolució de la nostra economia, la situació de la immigració, els canvis dins el mercat de treball, el pes polític d'aquest sector de població, etc. Entram, també, a les Illes Balears, en un canvi en les relacions de poder entre no solament els diversos sectors socials, sinó també entre els diversos sectors dels grups d'edat.

La qualitat com a repte de l'envelliment: el cas de les Illes Balears

En aquest context plantejat, un dels reptes bàsics als quals s'ha de donar resposta és l'increment de la qualitat de vida de les persones grans, l'increment de la seva autonomia personal, retardar al màxim els processos de dependència i millorar l'autoestima d'aquest col·lectiu de persones grans. Així doncs, el desenvolupament de programes que incrementin la qualitat de vida de les persones grans en totes les seves dimensions és un dels objectius bàsics en els quals les administracions públiques, les universitats i els centres d'investigació i el conjunt d'institucions de la societat civil han de col·laborar d'una manera coordinada.

La posada en marxa del Programa Envellir (*Growing Older Programme*), desenvolupat a la Gran Bretanya des de la segona meitat dels anys noranta i dirigit pel professor Alan Walker de la Universitat de Sheffield, és una de les expressions més significatives de la coordinació entre la investigació gerontològica, les institucions públiques, la societat civil organitzada i el desenvolupament de programes d'actuació sobre les persones grans que incrementin la seva qualitat de vida. Aquest programa, Envellir, *Growing Older* —GO—,

consisteix en un total de vint-i-quatre projectes d'investigació, centrats en la millora de la qualitat de vida de les persones grans. Formen part d'un projecte engegat per l'*Economic and Social Research Council* (ESRC), que té dos objectius molt concrets: en primer lloc, l'estudi de la qualitat de vida des d'un punt de vista multidisciplinari i, en segon lloc, la promoció de polítiques i pràctiques en matèria d'envelliment. Es tracta, en qualsevol cas, de possibilitar que les persones grans gaudeixin d'una vida activa, independent i segura, en què tots els membres de la societat, independentment de la seva edat, siguin valorats i cadascú tingui l'oportunitat d'ocupar plenament el seu paper social.

En qualsevol cas, amb aquest programa s'intenta començar a donar resposta a uns dels reptes més importants que tenen plantejades les societats més desenvolupades amb relació a l'increment del nombre de persones grans, a l'increment de l'esperança de vida de la població i a l'augment del nombre de persones grans dependents. La manera en què les administracions públiques, la societat civil en el seu conjunt i les persones grans mateixes donin resposta a aquest reptes condicionarà el futur no solament d'aquest col·lectiu de persones grans, sinó de la cohesió social i el manteniment del pacte intergeneracional que existeix en l'actualitat.

Tanmateix, donar resposta a aquest reptes implica canvis polítics, socials, econòmics, actitudinals; implica incorporar les noves tecnologies a les polítiques i als programes per a aquest sector de població; implica ser capaç de reflexionar sobre les noves formes de jubilació, de posar en marxa programes de jubilació flexible, de canviar les relacions entre el treball i la jubilació, implica ser capaços de facilitar que les persones grans puguin conèixer els programes de voluntariat i participar-hi, així com els programes d'autoajuda, d'assessorament econòmic, etc. Implica, doncs, una nova concepció de les persones grans i de les seves relacions amb la societat i amb el poder polític.

En tot cas, el que resulta evident, d'acord amb el que planteja aquest programa Envellir, és la necessitat de realitzar un gran acord entre els poders públics, els centres de recerca i de formació i el conjunt de la societat civil, amb la participació activa del sector de la gent gran, amb l'objectiu d'ajuntar esforços, definir polítiques i establir responsabilitats amb relació a aquest sector de població. A les Illes Balears, segurament, aquest acord hauria de tenir com a eix principal, però no únic, l'aplicació de la denominada Llei de promoció de la autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, una llei bàsica a l'hora d'establir unes mesures fonamentals per a la millora de la qualitat de vida d'aquest sector de població en procés de creixement i cada vegada amb més demandes.

Així, la Conferència Ministerial sobre Envelliment, celebrada del 6 al 8 de novembre de 2007 a Lleó (Espanya), es va reafirmar en l'objectiu d'aconseguir una societat per a totes les edats, basada en el respecte dels drets humans, la protecció contra la discriminació per raons d'edat, la cohesió social i la igualtat d'oportunitats per als homes i les dones

de totes les edats. Es tracta de reafirmar els principis d'independència, de participació, de ser cuidat, de realització del potencial propi i de respecte a la pròpia dignitat. En aquest sentit, en el manifest aprovat a l'esmentada conferència, es proposen una sèrie d'aspectes importants a l'hora de fer possible una societat per a totes les edats:

- 1) Fer possible els principis de reciprocitat, d'equitat i d'interdependència entre les generacions.
- 2) Fomentar una imatge positiva de les persones grans, a través del sistema educatiu i de la realització de campanyes de difusió.
- 3) Fomentar la participació de les persones grans en la vida econòmica, social, política, cultural, etc. de la societat.
- 4) Aconseguir una vellesa activa, l'educació permanent i l'accés a les tecnologies modernes de la informació i de la comunicació.
- 5) Fer possible, mitjançant les reformes necessàries, la sostenibilitat del sistema de protecció social.
- 6) Promoure la solidaritat intergeneracional com un dels principals pilars de la cohesió social i de la societat civil.
- 7) Impulsar totes les formes de jubilació flexible, amb l'objectiu d'aconseguir un procés de transició progressiu entre el treball i la jubilació definitiva.
- 8) Impulsar la realització d'investigacions en aquest camp de les persones grans que suposin la transferència real de coneixement adquirit a la realitat concreta de les persones grans.

Es tracta, doncs, de possibilitar una nova societat del segle XXI, en la qual els processos d'envelliment no solament incrementin l'esperança de vida del conjunt de la població, sinó que ho facin des de la perspectiva de la qualitat. Les Illes Balears, amb una important dèficit de polítiques socials actives, amb un sector de població gran en creixement, amb un important dèficit de recursos socio-sanitaris per a la població gran, s'ha de plantejar la manera d'afrontar els reptes que aquest procés d'envelliment tindrà en el futur més proper o més llunyà. A més, cal tenir en compte que les Illes Balears, com a destinació turística important dins la Mediterrània, com a receptora de jubilats i de persones grans, procedents dels diversos països més desenvolupats de la Unió Europea, necessita més una opció estratègica per la qualitat de vida. Una qualitat de vida que no solament s'ha de plantejar per a tota la població illenca, sinó també per a la població que ens visita.

En el procés de redefinir, en part, el nostre model turístic, resulta fonamental una societat en la qual la qualitat de vida sigui fonamental i, a més, que el turisme sènior tingui una política adequada; en aquest aspecte no podem deixar de tenir en compte la importància que ha tingut el turisme espanyol de l'IMSESO o la que pot tenir, en el futur, el turisme sènior europeu.

Així doncs, les Illes Balears no solament han de tenir una política social que millori la qualitat de vida dels seus ciutadans i de les persones grans, sinó que, a més, han de tenir una política turística en què el sector de persones grans pugui tenir un desenvolupament adequat, amb tot el que aquest implica des de la perspectiva de tenir les infraestructures necessàries i accessibles per a aquest sector de població, cada vegada més important.

De la premodernitat de l'antiga vellesa als nous perfils de persones grans

No hi ha cap dubte que la realitat actual de la vellesa en els països més desenvolupats, a Espanya i a les Illes Balears, és conseqüència d'un procés de canvis econòmics, socials, polítics i, fins i tot, psicològics i actitudinals; és a dir, hi ha elements objectius i subjectius que expliquen la fotografia actual sobre la situació de les persones grans. Per tant, és evident que la historicitat dels processos socials és bàsica per poder comprendre la realitat de les persones grans ara i aquí.

En aquesta perspectiva, podem parlar, des d'una perspectiva contemporània, de tres fases diferenciades i, al mateix temps, correlacionades: En primer lloc, hem de parlar de la premodernitat de l'antiga vellesa. Ens referim a la situació de les persones grans en el context d'una societat agrària i rural, en el context d'una societat no democràtica, en el context d'una societat en què els drets de les persones no solament no estan garantits, sinó que a més no estan reconeguts. Es tracta d'una societat premoderna, en què els processos de modernització social estan lluny de dur-se a terme; ens referim a la societat espanyola i de les Illes Balears del segle XIX i del segle XX.

Quins són els trets de la vellesa que caracteritzen aquest període social? Tot i que resulta complex analitzar en profunditat les característiques de les persones grans durant aquest període històric, podem parlar de les següents:

- a) La pobresa i la supervivència
- b) La mala salut
- c) El baix nivell d'instrucció
- d) La fragilitat social
- e) La invisibilitat social

Es tracta, doncs, de característiques que ens ajuden a entendre de manera concreta la realitat de les persones grans dins aquesta societat i, concretament, dins la societat de les Illes Balears, una societat la modernització de la qual començarà a partir de la segona meitat del segle XX amb el desenvolupament del turisme i totes les seves conseqüències.

Quins són els trets que caracteritzen la vellesa de la modernitat social, econòmica i política? És evident que els canvis que implica el triomf de la modernitat tenen com a base fonamental d'explicació la modificació del sistema econòmic, la consolidació del sistema democràtic, l'existència de drets socials garantits, l'existència d'una societat amb una important mobilitat social, una societat amb un dret a l'educació generalitzat, amb un nou model de família, etc. Una societat en què les persones grans tenen una visibilitat més gran, no solament per la millora de l'esperança de vida, sinó també pels canvis subjectius en el conjunt d'aquest grup de persones. A les Illes Balears, aquesta modernitat es durà a terme a partir de la segona meitat del segle XX i els seus trets més significatius són els següents:

- a) Millora econòmica: pobresa no és igual a vellesa
- b) Creixent paper en les relacions familiars: benestar de les famílies
- c) Creixent rellevància social: electoral, mercat, oci, salut, serveis...
- d) Més bona salut i supervivència més alta
- e) Democratització de la supervivència fins a la vellesa

D'acord amb aquests trets, podem assenyalar que es tracta d'una societat amb una qualitat de vida més bona en tots els aspectes; amb persones grans més visibles, amb un nivell de vida més alt, amb més rellevància social, amb més transcendència política i cultural, amb una vellesa més important quantitativament i qualitativament, etc. La societat de les Illes Balears, amb totes les seves contradiccions i dicotomies socials i econòmiques, té, tal com es planteja en aquestes pàgines, unes característiques concretes que tenen el seu impacte sobre les persones grans. Un canvi, doncs, important i significatiu.

Quin és el futur de les persones grans dins la societat del segle XXI, dins la societat globalitzada, dins la societat de les Illes Balears? No es tracta de fer una prospectiva sobre la realitat futura de les persones grans, sinó, sobretot, plantejar uns interrogants sobre les perspectives d'aquest grup social cada vegada més important. Som, doncs, davant uns nous perfils de persones grans que arribaran a aquestes edats de les jubilacions amb més bona salut, amb un nivell educatiu més alt, amb una nova visió del món, amb uns nous reptes de futur. Les preguntes que ens podem formular són moltes i diverses: serem cada vegada més dependents? Hi haurà serveis per a aquest grup creixent de persones? Estan en perill les pensions? Es romprà el pacte intergeneracional que garanteix el fet de poder gaudir d'unes pensions i d'uns serveis adequats?

El futur de la vellesa, igual que el futur de la societat, resta obert. Són molts els interrogants que ens podem plantejar. Però l'única certesa que tenim és que la realitat de les persones grans serà prou diferent a la que fins ara hem tingut, amb uns canvis que afectaran els processos de jubilacions, el paper de la societat amb relació a les persones grans, el finançament de les pensions o els serveis de dependència, l'existència d'associacions d'autoajuda, l'existència de noves persones grans, amb noves demandes i necessitats.

Envel·lir a les Illes Balears

Tot i que la realitat de l'envelliment a les Illes Balears segueix les coordenades dels països del nostre entorn, cal fer una anàlisi més concreta sobre els trets més característics del que significa i significarà envellir a les Illes Balears al segle XXI. No es tracta de fer una anàlisi exhaustiva sobre el fenomen de l'envelliment a les Illes Balears, ni d'omplir de dades aquesta anàlisi. Es tracta, en qualsevol cas, d'analitzar els punts més clarificadors per entendre no solament la situació de les persones grans dins la societat actual, sinó, sobretot, la seva relació amb els canvis socials, culturals, econòmics, tecnològics i psicològics que afecten les societats del segle XXI en general i la societat de les Illes Balears en particular.

Efectivament, des d'una perspectiva sociològica, resulta absolutament necessari correlacionar la situació de les persones grans amb l'evolució que la societat en general i la societat de les Illes Balears en particular ha desenvolupat els darrers anys. A més, a l'hora d'analitzar la realitat de les persones grans, cal tenir en compte un fet bàsic i fonamental: la realitat plural i no homogènia del grup anomenat gent gran, tercera o quarta edat, o persones grans. Efectivament, el primer element que cal analitzar és la realitat demogràfica:

1. Les Illes Balears és una de les comunitats autònomes espanyoles amb una població menys envellida, encara que l'evolució de la seva dinàmica demogràfica no l'exclou de les tendències generals que podem observar a Espanya i als països més desenvolupats. Es tracta, per tant, d'un fet significatiu, ja que es constata que la dinàmica econòmica de les Illes Balears, amb l'existència de la realitat de la immigració, implica que el fenomen de l'envelliment no sigui tant accentuat com el que es dona a determinades comunitats autònomes espanyoles.
2. El 13,75% de la població il·lenca té seixanta-cinc anys o més i una taxa de dependència respecte de la població en edat activa del 19,5%. Tanmateix, cal assenyalar que, a partir de l'any 2010, s'iniciarà a la nostra comunitat la transició al grup de la gent gran de les generacions més nombroses de l'estructura per edat, amb un pic que es produirà cap al 2030, quan ja s'incloguin en aquest grup les cohorts nascudes durant el moment més intens del *baby boom*. Aquest fet tindrà com a conseqüència un

progressiu augment de la població de gent gran i de les taxes de dependència. Es tracta d'un fet que implicarà la necessitat d'unes polítiques socials prou actives i d'uns recursos adequats a la demanda existent. D'aquí surt la necessitat d'anar preparant un acord que faci possible una resposta adequada a les noves necessitats que a poc a poc es consolidaran.

3. Un altre element important és la constatació que gairebé la meitat dels municipis de la comunitat autònoma ja presenten en l'actualitat indicadors alts d'envelliment, amb una edat mitjana superior a quaranta anys, taxes de dependència superiors al 15%, índexs d'envelliment superiors a 1 i pesos relatius de la població de gent gran elevats. Aquesta dada resulta important a l'hora d'analitzar la manera en què es distribueix l'envelliment i en què s'han de planificar els recursos socio-sanitaris a implantar.
4. Les diferències entre les esperances de vida dels homes i les dones i la supermortalitat dels homes en les edats joves posen de manifest el que alguns analistes han anomenat la feminització de la vellesa. Així, en aquest sentit, aquesta superioritat en el nombre de dones a les Illes Balears s'incrementa a mesura que avança l'edat, ja que, segons la revisió del padró del 2007, de persones de vuitanta-cinc anys o més, corresponien 4,7 homes per cada 10 dones. Així doncs, és evident que, malgrat els canvis que en el futur pot implicar l'evolució d'aquesta variable, amb una progressiva igualació entre ambdós sexes, la realitat actual constata aquesta diferència entre l'esperança de vida dels homes i de les dones.
5. Un element que explica, en part, la situació de l'envelliment a les Illes Balears amb relació a d'altres comunitats autònomes és, sense cap dubte, l'existència d'importants i significatius fluxos immigratoris. A les Illes Balears, el model d'immigració procedent de l'estranger tradicionalment s'havia caracteritzat perquè era una de les destinacions preferides dels europeus comunitaris jubilats. Però darrerament, tot i que continuen arribant aquests fluxos immigratoris, s'ha d'assenyalar l'arribada d'immigrants d'una gran diversitat de nacionalitats, amb una estructura d'edat que incrementa la població activa. Això implica que l'existència d'aquest col·lectiu jove procedent de la immigració hagi incidit en el fet que el pes relatiu de la gent gran durant els darrers anys hagi disminuït i que la taxa de dependència no hagi augmentat com en altres comunitats autònomes. Per tant, les persones procedents de fluxos immigratoris tenen dues característiques bàsiques: per una part, els anglesos i els alemanys tenen una edat elevada, mentre que, per altra part, els altres grups procedents d'Àfrica, dels països de l'est o dels països sud-americans es caracteritzen per la seva joventut. Una incògnita sobre la qual cal reflexionar és saber què passarà quan aquests immigrants arribin a una edat determinada, des de la perspectiva de la integració cultural d'aquests col·lectius.

6. Des de la perspectiva de la distribució territorial de l'envelliment a les Illes Balears, cal assenyalar el següent: el 80% de la població gran de les Illes Balears resideix en un municipi urbà; d'altra banda, als municipis classificats com a rurals (menys de dos mil habitants) hi resideix un poc més del 2% de la població més gran de seixanta-cinc anys, encara que a la seva població suposen un 20%; es tracta de municipis envellits. Així doncs, tots els municipis de l'interior de Mallorca presenten indicadors d'envelliment alts; mentre que els municipis que presenten indicadors de menys envelliment són els costaners o els propers a Palma o amb una important activitat productiva. Es tracta de dades significatives no solament per conèixer una realitat específica, sinó, sobretot, a l'hora de planificar els recursos socio-sanitaris o culturals per a aquest sector de població que s'incrementa de manera progressiva.

7. L'índex de dependència de les persones més grans de seixanta-cinc anys a les Illes Balears, segons dades de *l'Anuari de l'Envelliment, Illes Balears 2008*, és del 16,45%, mentre que a Espanya presenta un índex del 21,13%. En aquest sentit, s'ha de tenir en compte que la prevalença de les persones més grans de seixanta-cinc anys se situa a les Balears en una forquilla entre el 2% i el 2,5 % amb relació al total de la població. En tot cas, la població estimada de gent gran dependent a les Illes Balears seria aproximadament d'unes 22.800 persones. De tota manera, aquestes dades, que resulten significatives, necessiten una concreció d'acord amb tres variables: a) La variable territorial, que resulta prou important a l'hora de concretar la política a dur a terme o els recursos a planificar; b) la variable grau de dependència, ja que aquesta dada implica saber el tipus de recursos que es necessiten; c) la variable nivell socioeconòmic de la persona dependent: es tracta d'una dada significativa a l'hora de saber la contribució dels diversos usuaris amb relació al recurs utilitzat.

8. El nivell educatiu de les persones grans a les Illes Balears es caracteritza, en general, per una sèrie de punts: a) un nivell d'analfabetisme important, sobretot en el cas de les dones; b) un percentatge considerable de persones grans amb estudis primaris incomplets i complets; c) un percentatge poc important de persones amb estudis d'ensenyament mitjà i d) un percentatge molt poc important de persones grans amb estudis superiors, sobretot en el cas de les dones. Tot i que es tracta d'unes dades generals, és una fotografia en procés de canvi, ja que les noves generacions de persones grans, d'acord amb l'increment del nivell educatiu de la població en general i d'aquest sector en concret, tindran un nivell d'instrucció, un nivell formatiu prou superior a nivell general, com en el cas de les dones.

9. El nivell associatiu de la població gran a les Illes Balears resulta prou important, malgrat que no puguem parlar d'unes taxes concretes. Tanmateix, és evident que el nombre d'associacions de persones grans, de clubs de la tercera edat o de federacions de gent gran és important des de la perspectiva quantitativa. Un enfocament que

cal analitzar, tanmateix, amb una perspectiva relativa pel que fa al nivell d'afiliació, de participació real, de les activitats realitzades o de la influència social. Amb tot, el que resulta evident és que ens trobam davant una situació de transició sobre el tipus d'associacions existents; una transició que implicarà canvis importants en la composició de dites associacions, en la seva especialització, en les activitats que realitzaran, etc.

10. El poder polític de les persones grans és quelcom creixent a tots els nivells. A les Illes Balears, les federacions o les associacions de gent gran no han quedat al marge de la confrontació electoral, no han quedat al marge de la lluita electoral. Es tracta, en aquest sentit, d'un sector que té un important pes electoral i que, a més, té una participació a les eleccions important. També en aquest aspecte hom assistirà a canvis importants en les seves relacions amb el poder polític.

Del mite de la vellesa a la nova realitat de les persones grans

En qualsevol cas, el que resulta evident és que ens trobam, tant a les Illes Balears com a Espanya o als països més desenvolupats, davant un nou model de persones grans, davant una nova realitat d'aquest col·lectiu de la gent gran. Un col·lectiu, emperò, que es caracteritza actualment per una sèrie de trets que rompen els estereotips que es tenen de les persones grans. Així doncs, podem assenyalar una sèrie de característiques que ens ajuden a conèixer i a comprendre la nova realitat de les persones grans:

- a) **Visibilitat:** efectivament, una característica que cal ressenyar en l'actualitat és la visibilitat que tenen actualment les persones grans dins les societats avançades; una visibilitat que representa un canvi amb relació a períodes anteriors. Es tracta d'una visibilitat que es demostra a l'àmbit econòmic, social, polític, de mitjans de comunicació. Fins i tot és interessant assenyalar la manera en què es comencen a utilitzar les persones grans en la publicitat. Ens trobam, doncs, davant una nova visibilitat de les persones grans i aquest fet és important, tant des de la perspectiva de la percepció social que es té d'aquest col·lectiu, com des de la pròpia autoestima de les persones grans. Es tracta d'un canvi, doncs, profund i una visibilitat, també, prou real a les Illes Balears.
- b) **Diversitat:** malgrat la imatge d'uniformitat que es té sobre les persones grans, la realitat és que ens trobam davant un conjunt de persones que es caracteritzen per la seva diversitat, per la seva pluralitat. No hi ha una realitat uniforme de les persones grans, tenim cada vegada més accentuades les persones grans en plural; una pluralitat que es demostra en tots els aspectes de la vida per raons socials, econòmiques, culturals, ideològiques, religioses, polítiques, educatives, tecnològiques, territorials, estètiques, etc. Efectivament, fins i tot hom pot afirmar que en les persones grans trobam més diversitat que entre els joves; la pròpia evolució, les pròpies experiències

de la vida, etc. Possibiliten una imatge més complexa de les persones grans. I a les Illes Balears aquest és un fet que es constata amb més claredat a causa dels fluxos immigratoris que hi ha hagut històricament i actualment, a causa de l'impacte del turisme, etc.

- c) Vulnerabilitat i exclusió social: malgrat l'increment del nivell de vida de la societat en general i de les persones grans en concret, és evident que, en general, les persones grans representen un col·lectiu vulnerable; vulnerable per raons econòmiques —cal tenir en compte que les persones grans reben una pensió—, per raons de salut i també per raons familiars i socials. Es tracta, doncs, d'un col·lectiu en el qual el risc de dependència és una evidència; una evidència que implica un perill d'exclusió social, un perill d'un cert abandonament social i emocional, un perill de caure en la pobresa, un perill de ser un col·lectiu amb un cert nivell de guetització. No podem oblidar que les Illes Balears és la comunitat autònoma on els pensionistes reben les pensions més baixes de l'Estat, per terme mitjà. I a tot això se li ha d'afegir que els recursos socials per a aquest col·lectiu necessiten incrementar-se de manera significativa.

Per tant, la realitat de les persones grans presenta a les Illes Balears llums i ombres, problemes i possibilitats, entrebancs i oportunitats. Cal, doncs, abordar els reptes que aquest grup social té amb vista al present i amb vista al futur.

Bibliografia consultada

Bayés, R. (2009): *Vivir. Guia para una jubilación activa*. Barcelona: Paidós.

Colom, A. J.; Orte, C. (coord.) (2001): *Gerontologia educativa y social. Pedagogía social y personas mayores*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Orte, C.; Gambús, M. (ed.) (2004): *Los programas universitarios para mayores en la construcción del espacio europeo de enseñanza superior*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Orte, C. (coord.): *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid: Dykinson; Universitat de les Illes Balears.

Orte, C. (dir.) (2008): *Anuari de l'envelliment. Illes Balears. 2008*. Palma: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració del Govern de les Illes Balears; Universitat de les Illes Balears.

(*) Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears.

() Catedràtic d'universitat de Pedagogia Social i Sociologia de l'Educació del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears.**

Autors

CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). 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. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987.

Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educativosocial sobre els quals ha realitzat diverses publicacions a nivell nacional i internacional. En aquest moment és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar, del Ministeri d'Educació i Ciència, el Ministeri de Sanitat i Consum i la Direcció General de R+D+I del Govern de les Illes Balears. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra de Gerontologia Educativa i Social de la UIB.

MARTÍ X. MARCH I CERDÀ

Pollença (Mallorca) 1954. Llicenciat i doctor en Ciències de l'Educació per la Universitat de Barcelona. Catedràtic d'universitat de Sociologia de l'Educació i Pedagogia Social de la UIB. Està especialitzat en avaluació de programes educatius i socials, estudis sociològics de l'educació i en pedagogia social en els seus diversos àmbits, sobre els quals té diverses publicacions, comunicacions i ponències a congressos, etc. És professor de Gerontologia Educativa i Social. Ha estat director del Departament de Ciències de l'Educació de la UIB durant diversos anys, director del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques i director general d'Universitat del Govern de les Illes Balears (1999-2003). Actualment és vicerector primer, de Planificació i Coordinació Universitària, de la UIB; també exerceix actualment la vicepresidència de la Societat Iberoamericana de Pedagogia Social.

**L'ENVELLIMENT A LES ILLES BALEARS:
PERFIL DEMOGRÀFIC DE LA POBLACIÓ
DE SEIXANTA-CINC ANYS O MÉS**

L'envelliment a les Illes Balears: perfil demogràfic de la població de seixanta-cinc anys o més

Silvia Carretero Quevedo

Resum

Tots els indicadors situen les Illes Balears com una autonomia en què l'envelliment de la població es produeix a un ritme més lent. Segons la revisió del primer de gener de 2008, la comunitat autònoma tenia una edat mitjana de trenta-nou anys, un índex d'envelliment del 85% i un índex de dependència del 18%, fet que la col·loca en una posició allunyada de les comunitats autònomes més envellides. Actualment, és una de les poques autonomies en què la població més jove de setze anys és superior a la de més edat i, simultàniament, el seu índex de longevitat i d'esperança de vida en els trams d'edat superiors presenta uns valors semblats als de la mitjana nacional. L'estructura de la població resident de seixanta-cinc anys i més està formada pels supervivents (vuit de cada deu) de generacions nascudes en les tres primeres dècades del segle XX, que varen viure situacions especialment difícils. Però, a més, a partir de l'any 2005 es començaren a incorporar les generacions nascudes a la dècada dels quaranta, constituïdes per unes cohorts amb característiques molt diferenciades, que són l'avantsala dels canvis que es produiran en un futur.

Resumen

Todos los indicadores sitúan a las islas como una autonomía en la que el envejecimiento de la población se está produciendo a un ritmo más lento. Según la revisión del 1-1-2008 la comunidad autónoma tenía una edad media de 39 años, un índice de envejecimiento del 85% y un índice de dependencia del 18% que la coloca en una posición alejada de las comunidades autónomas más envejecidas. Actualmente es una de las pocas autonomías en la que la población menor de 16 años es superior a la de mayor edad y simultáneamente su índice de longevidad y esperanza de vida en los tramos de edad superiores presentan unos valores similares a los de la media nacional.

La estructura de la población residente de 65 y más años está formada por los supervivientes (8 de cada diez) de generaciones nacidas en las tres primeras décadas del siglo XX y que vivieron situaciones especialmente difíciles. Pero además a partir del año 2005 se empiezan a incorporar las generaciones nacidas en la década de los 40 constituidas por unas cohortes con características muy diferenciadas que son la antesala de los cambios que se van a producir en el futuro.

1. Introducció

La població de les Illes Balears de seixanta-cinc anys o més, segons les dades provisionals de la revisió del padró el primer de gener de 2009, va ascendir a 150.177 residents (13,7%); d'aquests, amb un creixement anual de més de quatre mil persones i una variació relativa del 3%.

Taula 1 | Població de 65 anys o més segons comunitat autònoma de residència

Revisió del padró 1-1-2009. Dades provisionals	Població	65-69	70-74	75-79	80-84	85 i més	% 65 o més	Índex de longevitat
Espanya	46.661.950	1.954.495	1.874.577	1.737.803	1.224.908	989.047	16,67	12,71
Andalusia	8.285.692	331.155	307.641	277.218	178.760	129.237	14,77	10,56
Aragó	1.342.926	58.392	59.187	61.200	45.910	39.221	19,65	14,86
Astúries	1.085.110	50.125	54.822	56.388	41.673	34.055	21,85	14,37
I. Balears	1.094.972	42.653	35.817	30.855	22.005	18.847	13,72	12,55
Canàries	2.098.593	82.585	72.046	57.477	34.286	26.344	13,00	9,66
Cantàbria	589.043	24.013	24.906	25.005	18.658	15.583	18,36	14,41
Castella i Lleó	2.560.031	123.030	128.135	130.918	101.776	90.303	22,43	15,73
Castella-la Manxa	2.079.401	79.830	85.785	86.216	63.275	50.414	17,58	13,79
Catalunya	7.467.423	301.368	289.409	268.826	196.244	161.633	16,30	13,28
Com. Valenciana	5.084.502	230.661	208.468	178.994	124.231	92.877	16,43	11,12
Extremadura	1.100.000	47.585	51.104	49.942	34.505	26.176	19,03	12,51
Galícia	2.794.796	142.624	146.730	138.398	96.775	87.247	21,89	14,26
Madrid	6.360.241	243.745	220.326	198.258	139.589	119.071	14,48	12,93
Múrcia	1.445.410	51.027	50.555	44.372	30.824	20.678	13,66	10,47
Navarra	629.569	26.551	24.330	23.634	18.156	16.187	17,29	14,87
País Basc	2.171.243	100.867	97.995	93.360	66.046	51.264	18,86	12,52
La Rioja	321.025	13.409	12.900	13.219	10.011	8.435	18,06	14,55
Ceuta	78.591	2.691	2.320	1.906	1.111	744	11,16	8,48
Melilla	73.382	2.184	2.101	1.617	1.073	731	10,50	9,49

Font: Institut Nacional d'Estadística

Tant el resultat definitiu de l'any 2008 com el provisional del 2009 situen l'arxipèlag com una de les autonomies amb el pes relatiu d'aquest col·lectiu més baix, encara que la seva evolució convergeix a la mateixa situació que es produeix a tots els països desenvolupats; alguns, amb més d'un 15% de la població en aquest tram d'edat. Les societats de la posttransició demogràfica, després del descens de la natalitat que va produir l'augment percentual del grup de gent gran (el denominat envelliment per la base de la piràmide), es troben en un cicle demogràfic que es caracteritza perquè l'augment de la proporció de la gent gran no solament ve causat per una proporció més petita de joves sinó també per l'augment del volum de persones que arriben i superen els seixanta-cinc anys. En aquesta etapa es combinen simultàniament una reduïda taxa de mortalitat infantil i una baixa natalitat amb una millora en la supervivència en totes les edats i especialment en els trams superiors de la piràmide. En conseqüència, arriben més efectius a edats cada vegada més altes i, a més, viuen més, situació que no es veu compensada per la natalitat ni pels fluxos immigratoris. La variació relativa del grup d'edat, tant si es refereix al conjunt de la població de seixanta-cinc i més anys com al subconjunt dels que en una data donada tenien vuitanta-cinc o més anys, en gairebé tot el territori nacional, ha estat més elevada que l'obtinguda per al total de la població. Aquest indicador reflecteix perfectament el canvi estructural que es genera en la població.

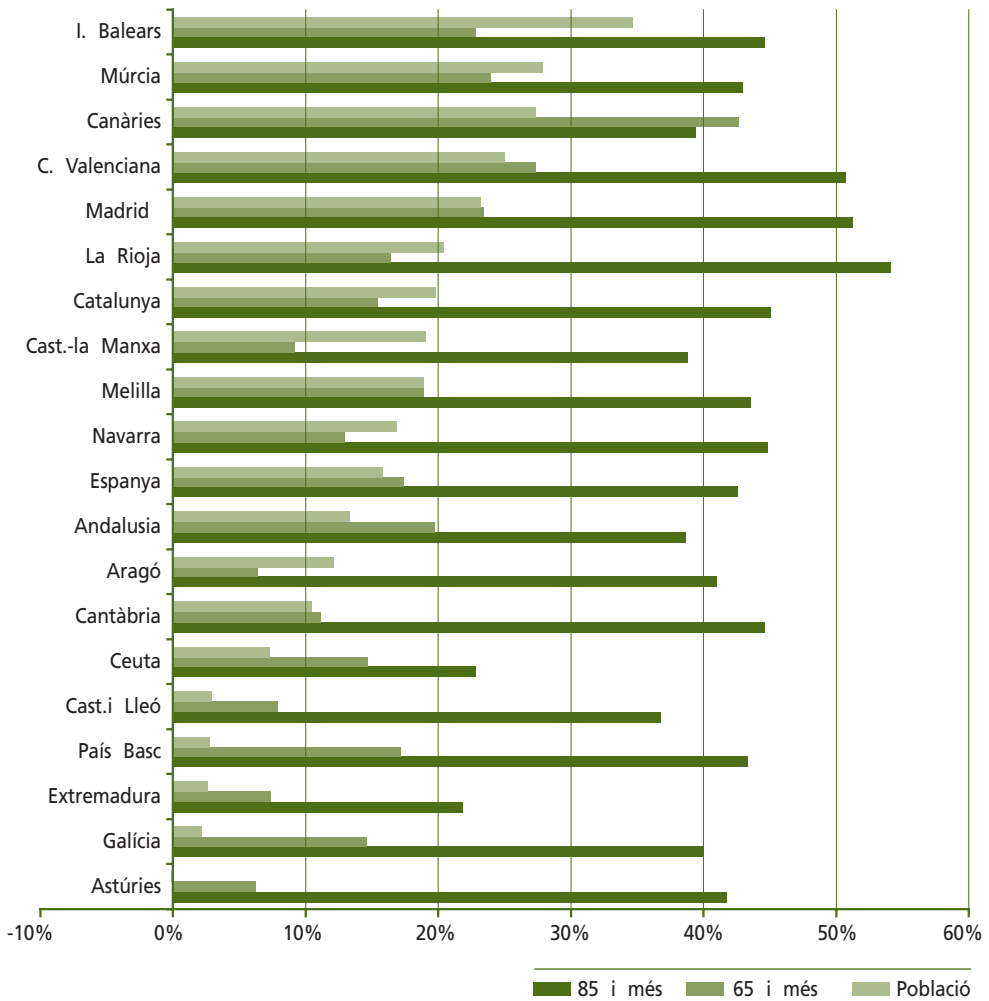
El context nacional i mundial, així com els indicadors generals que descriuen aquest col·lectiu, són similars a l'any anterior; per això ens remetem a la publicació de l'any passat i a l'informe 2008 *Los mayores en España* publicat per l'IMSERSO. L'exposició que segueix sintetitza les característiques demogràfiques d'estructura i composició de les generacions que durant l'any 2007 varen fer seixanta-cinc anys o més, per a la qual cosa s'utilitza com a font referent la revisió del padró del 2008.

La causa fonamental de l'envelliment de la població és la reducció de la natalitat que a Espanya, i a les Illes, es va iniciar a la segona meitat dels anys setanta i es va perllongar durant les dues dècades següents. L'efecte que el comportament de la natalitat va tenir sobre la piràmide d'edat va ser l'estrenyiment de la base i l'augment percentual de la població de gent gran. En el cas concret de les Illes Balears, la corba de la natalitat després del període del *baby boom*—en el qual s'arriben a taxes de natalitat per sobre del 15‰, amb un màxim de naixements entre 1973 i 1976— continua amb un cicle descendent dels naixements anuals que s'estén fins al primer quinquenni dels noranta i arriba entre 1994 i 1996 al seu límit més baix, dates en les quals el nombre de naixements va ser similar al de 1960.

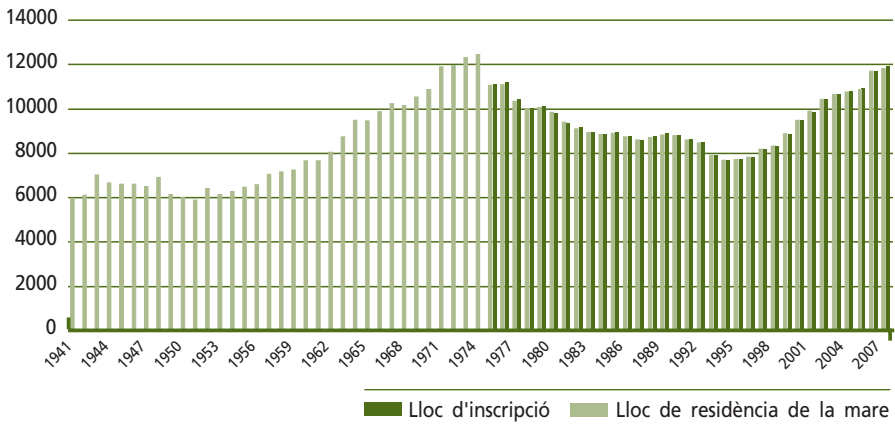
No obstant això, a les Illes Balears en cap moment s'ha arribat als mínims d'altres autonomies; al contrari, ha estat una de les comunitats autònomes que durant aquest interval aproximat de vint anys ha mantingut les taxes brutes anuals més elevades: el 1975

la taxa bruta de natalitat va ser de 18,9‰ mentre que el 1995 va ser de 10,3‰; la mitjana nacional per als mateixos anys va ser de 18,8‰ i 9,2‰. En el mateix període, el nombre mitjà de fills per dona va passar de 2,8 a 1,3. En els últims anys s'ha produït una lleu recuperació de la natalitat, fonamentalment gràcies a l'aportació de les mares estrangeres (més del 30% dels nascuts a les Illes Balears el 2008) i a l'entrada a la maternitat de les dones nascudes durant el *baby boom* que havien retardat el seu calendari de fecunditat, la qual cosa ha contribuït parcialment que el procés d'envelliment s'alenteixi.

Gràfic 1 | Variació 2008/1998: comparatiu població 65 i més i 85 i més

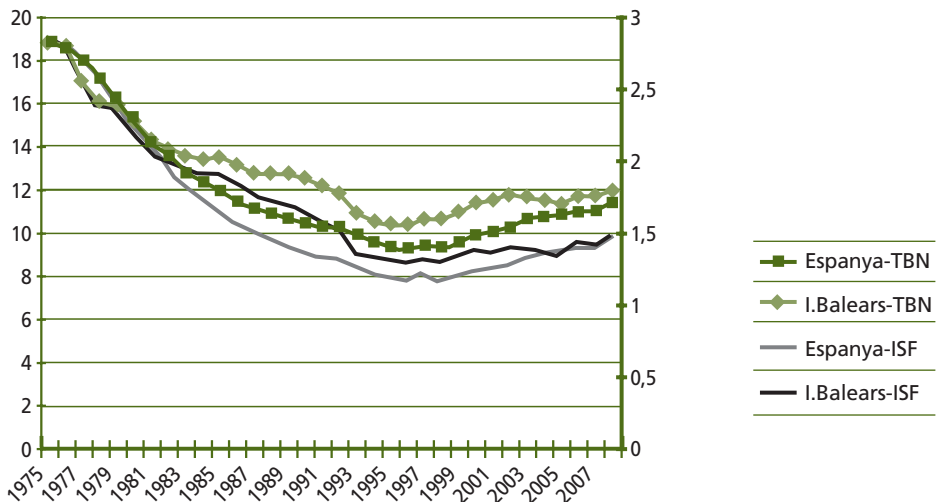


Gràfic 2 | Evolució dels naixements. Illes Balears



Font: Naixements: sèrie històrica. Institut Nacional d'Estadística

Gràfic 3 | Evolució de les taxes brutes de natalitat i ISF. Espanya i Illes Balears



Font: Indicadors demogràfics. Institut Nacional d'Estadística

Però, a més, el descens de la natalitat tindrà una altra conseqüència sobre l'estructura de la població. Les generacions nascudes durant el període del *baby boom* —que s'han vist engrandides per la incorporació dels fluxos immigratoris recents i menys reduïdes per la

mortalitat— constitueixen una tercera part de la població espanyola i també de la illenca. Aquestes generacions l'any 2020 iniciaran la seva incorporació a l'edat de seixanta-cinc anys i l'any 2040 la majoria haurà arribat a l'edat de la jubilació. La seva dimensió repercutirà en l'estructura de la població, la piràmide d'edat acabarà per eixamplar-se en el vèrtex i adoptar el perfil característic de les poblacions envellides, amb bases estretes i vèrtexs amples. La repercussió d'aquests canvis en l'estructura de la població requereix nous plantejaments en tots els àmbits socials, econòmics, familiars, geriàtrics, etc., per adaptar-se a les demandes que es generaran. En definitiva, l'envelliment de la població és una manifestació del desenvolupament social i econòmic, que implica una transformació de la societat i una adequació dels models actuals a les necessitats que ineludiblement es plantejaran en el futur. Aquesta transformació exigeix una actitud positiva, lluny de catastrofismes, però realista, que permeti el desenvolupament de polítiques socials amb la suficient previsió per adequar els sistemes actuals —protecció social, sanitaris, infraestructures— a les exigències de la societat futura.

Un altre factor relacionat amb l'envelliment és la mortalitat. En una primera etapa, la reducció de les taxes de mortalitat infantil durant tot el segle XX, i principalment a partir de la segona meitat del segle, va afavorir que les diferents generacions que varen anar naixent es veiessin menys reduïdes en l'etapa infantil. Els avenços sanitaris, a més, es varen estendre a la resta d'edats, de manera que la millora de les taxes de mortalitat va produir l'augment de l'esperança de vida i la reducció de la probabilitat de morir. A l'informe de l'IMSERSO del 2008 es descriu el procés que al llarg del segle XX es va experimentar. El 1900, només un terç de la població espanyola seguia viva en complir seixanta-cinc anys; l'any 2000, el 90% de les persones varen superar aquesta edat. Es redueixen les taxes de mortalitat infantil a nivells molt baixos (a les Illes Balears, per exemple, el 1975 la taxa era de 16‰, mentre que en els últims 8 anys es mou entorn del 3,5‰) i també es redueixen les taxes de mortalitat en les edats adultes, amb la qual cosa el nombre de persones que arriba a seixanta-cinc anys és més gran. A això cal afegir els avenços sanitaris assolits pel que fa a aquest grup d'edat, que també ha millorat la seva probabilitat de supervivència i que, per tant, ha augmentat la seva expectativa de vida.

L'indicador que sintetitza més bé els avenços realitzats en aquesta matèria és l'esperança de vida. En les taules de mortalitat calculades per elaborar les projeccions a curt termini publicades per l'Institut Nacional d'Estadística (INE), l'esperança de vida en néixer a les Illes Balears el 2008 es va estimar en 78,5 anys per als barons i 84,6 per a les dones i el 2017, 80,3 i 86,1, respectivament. En el cas de les persones més grans de seixanta-quatre anys, l'esperança de vida és de 17,8 anys per als homes i 21,9 per a les dones el 2008 i de 18,9 i 23,1 anys, respectivament, el 2017. Els diferents investigadors han debatut àmpliament sobre si l'augment de l'esperança de vida té un límit i si és possible obtenir més millores en les probabilitats de mort en les edats superiors; és un debat ardu sobre el qual no s'ha arribat a un consens. La veritat és que les dades anuals de mortalitat donen suport als que defensen la teoria que encara és possible reduir les probabilitats de mort, ja que els avenços en el camp sanitari així ho confirmen.

Taula 2 | Esperança de vida projectada. Illes Balears

Edat	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Esperança de vida en néixer										
Homes	0	78,48	78,71	78,93	79,14	79,35	79,56	79,75	79,95	80,15
Dones	0	84,65	84,82	85,00	85,17	85,34	85,49	85,65	85,80	85,94
Homes										
	65	17,82	17,94	18,07	18,19	18,31	18,43	18,54	18,65	18,76
	70	14,17	14,27	14,38	14,48	14,58	14,68	14,77	14,86	14,95
	75	10,93	11,01	11,10	11,17	11,25	11,33	11,40	11,47	11,54
	80	8,17	8,23	8,29	8,34	8,40	8,45	8,50	8,55	8,60
	85	5,93	5,96	6,00	6,04	6,08	6,11	6,15	6,18	6,22
	90	4,20	4,22	4,25	4,27	4,30	4,32	4,34	4,37	4,39
	95	2,91	2,93	2,95	2,97	2,98	3,00	3,01	3,03	3,05
	100	1,88	1,90	1,91	1,93	1,94	1,96	1,97	1,99	2,00
Dones										
	65	21,99	22,12	22,26	22,38	22,50	22,61	22,73	22,84	22,95
	70	17,68	17,80	17,92	18,03	18,14	18,24	18,35	18,45	18,55
	75	13,66	13,76	13,86	13,96	14,06	14,15	14,24	14,33	14,41
	80	10,06	10,14	10,23	10,31	10,39	10,46	10,54	10,61	10,68
	85	7,03	7,09	7,16	7,22	7,28	7,33	7,39	7,45	7,50
	90	4,70	4,74	4,79	4,83	4,87	4,91	4,95	4,99	5,02
	95	3,07	3,10	3,13	3,15	3,18	3,20	3,23	3,25	3,28
	100	2,14	2,17	2,20	2,22	2,25	2,27	2,30	2,32	2,35

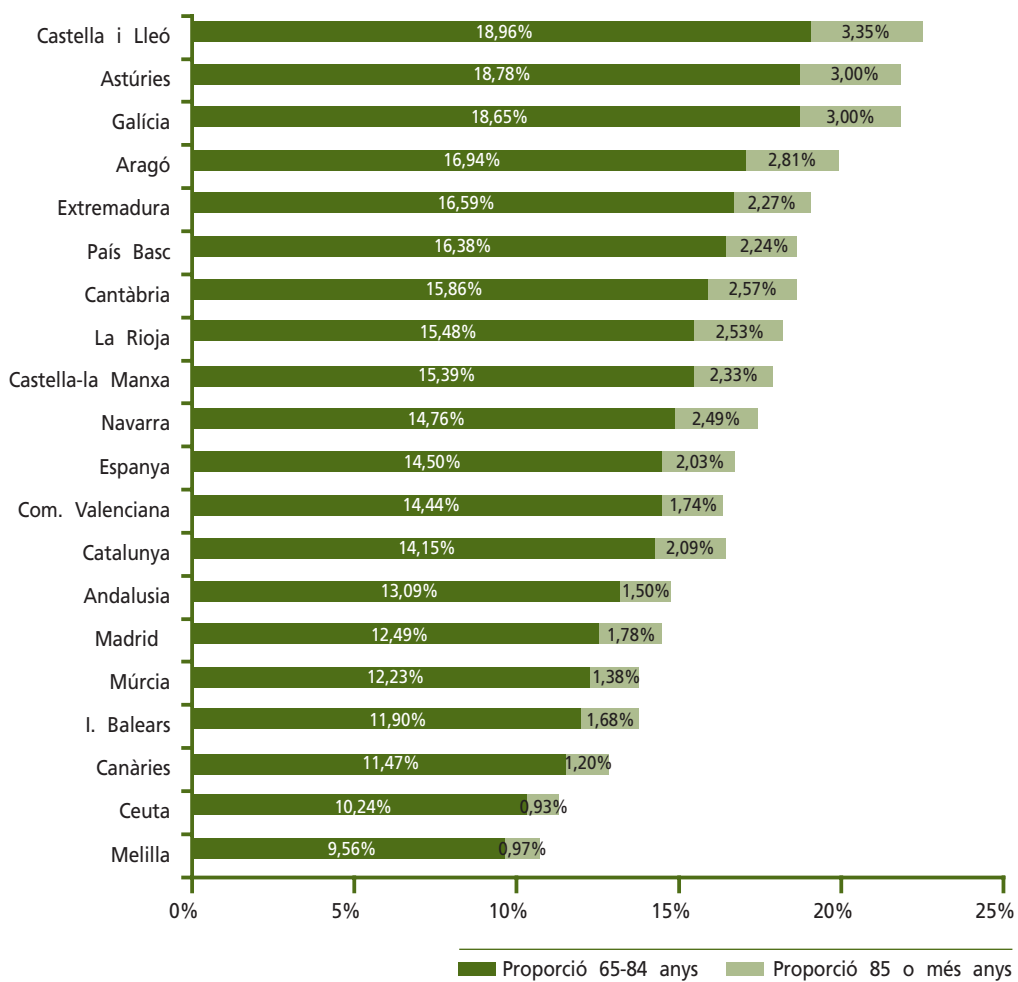
Font: Proyecciones a curt termini (2008-20018). Institut Nacional d'Estadística

L'evolució de la mortalitat ha influït en el fet que el nombre de persones que arriben a edats més elevades augmenti. La reducció de la mortalitat infantil durant la primera meitat del segle XX va produir que les generacions que varen anar naixent fossin més completes i que el percentatge dels joves augmentàs; a llarg termini, aquestes generacions més plenes i beneficiades per una mortalitat més baixa en totes les edats passen a formar part del grup de les persones grans, que al seu torn també han experimentat millores en el risc de morir, la qual cosa determina que els efectius que arriben a edats elevades siguin més nombrosos.

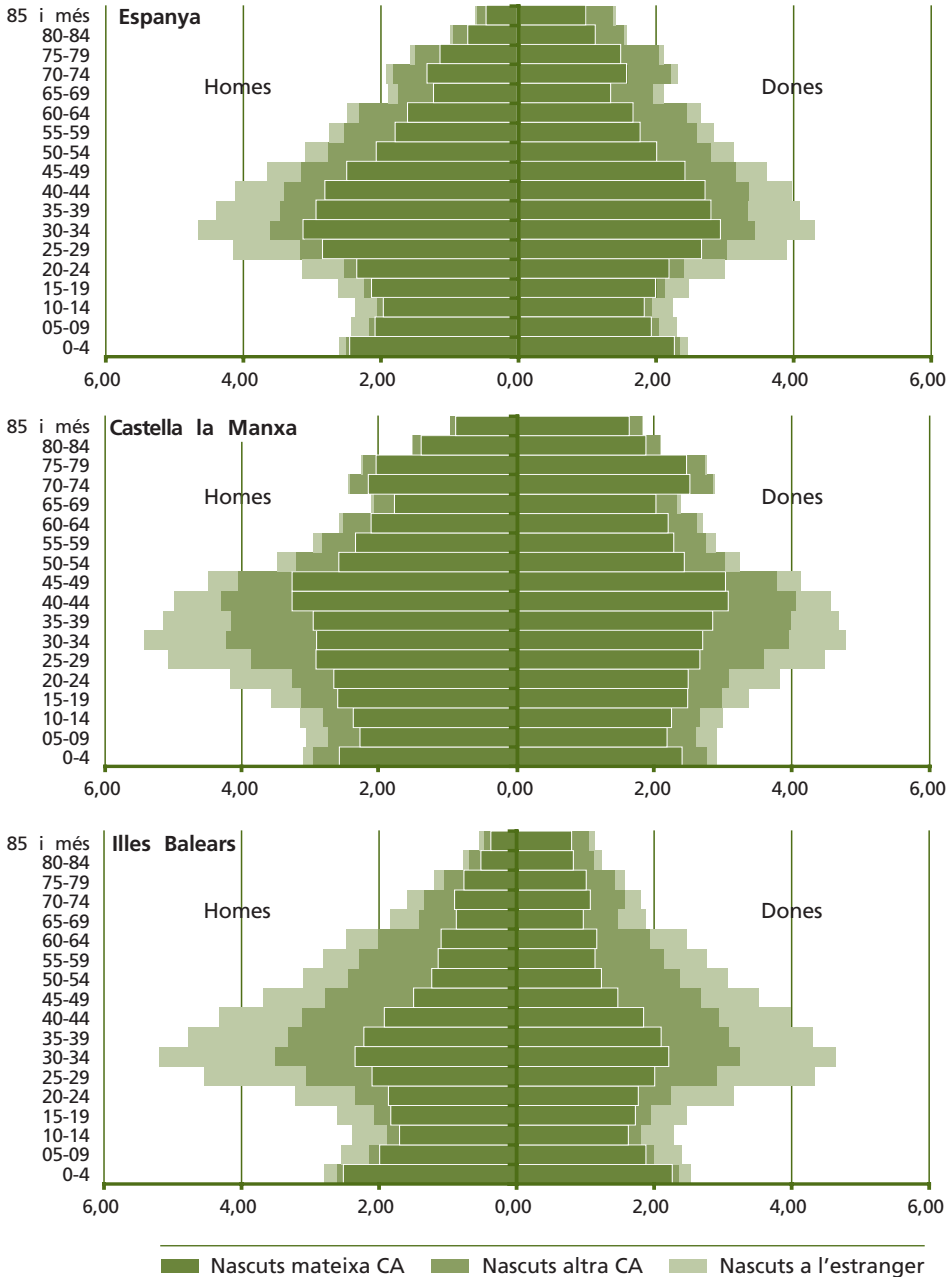
El tercer factor que influeix en el procés d'envelliment de la població és el moviment migratori. A les Illes Balears, paradoxalment, i també en altres autonomies, ha tingut un efecte rejuvenidor, ja que la intensitat de la immigració, amb un patró estructural jove, no s'ha vist contrarestada per l'emigració. Aquest factor té incidència en les poblacions que experimenten una forta emigració i potser és més indicatiu en el cas de l'estudi dels desplaçaments geogràfics entre zones rurals i urbanes i en el cas de les illes en l'estudi dels municipis d'interior i els municipis turístics.

En el conjunt de la nostra comunitat autònoma, bona part dels efectius que han entrat en l'última dècada han passat a engrossir les edats joves/adultes en edat laboral i, a més, han ajudat positivament a la recuperació, possiblement eventual, de la natalitat. A molt curt termini, han contribuït a retardar el procés d'envelliment de les Illes Balears; a curt termini, caldrà veure si aquestes generacions engrandides per la immigració arriben així a l'edat dels seixanta-cinc anys o tornaran a reduir el seu nombre per una nova emigració dels actuals immigrants. Entre les hipòtesis que es tenen en compte, s'estableix que al voltant d'un 20% de les cohorts immigratòries acabaran per tornar a emigrar en un interval de vuit anys. Sigui quin sigui el seu futur, l'efecte immediat a l'arxipèlag ha estat que l'edat mitjana mantingui un ritme d'augment desaccelerat, molt més lent que en altres autonomies, i que la proporció de les persones grans no només no augmenti sinó que es redueixi.

En la publicació de l'any anterior, es destacava que la comunitat autònoma de les Illes Balears era una de les autonomies menys envellides per tres motius: d'una banda, la seva taxa de natalitat s'ha mantingut, malgrat que ha experimentat un descens important, en un nivell superior al de la resta de gairebé totes les autonomies; d'altra banda, la intensitat dels recents corrents migratoris procedents de l'estranger, amb un patró d'edat jove, ha incidit en el fet que l'edat mitjana de la població no augmenti. Aquest conjunt de circumstàncies pròpies de la nostra comunitat autònoma donen un perfil a la seva piràmide d'edat menys envellit que la majoria de les altres comunitats autònomes.

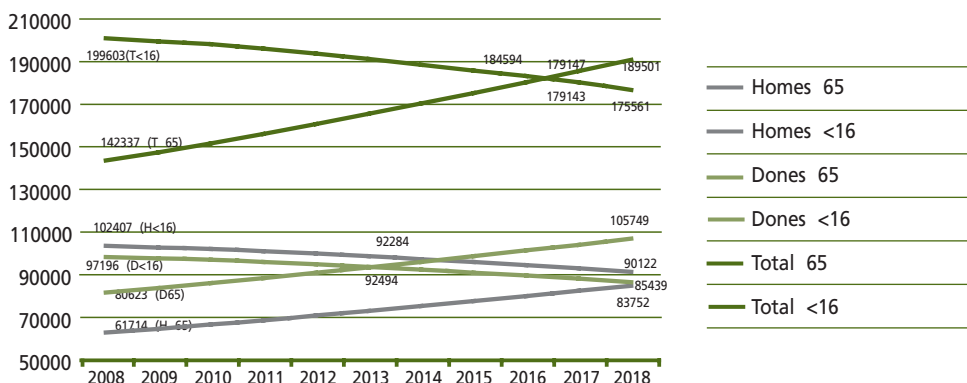
Gràfic 4 | *Proporció 65-84 anys i 85 o més per CA. Rev. padró 1-1-2008*

Gràfic 5 | Piràmide d'edat (%) segons la revisió del padró 1-1-2008: Espanya, Castella-la Manxa i Illes Balears



Les diferències específiques de la població illenca es demostren en els resultats que proporcionen l'índex d'envelliment, l'edat mitjana i l'índex de dependència. De fet, a la mitjana nacional, el nombre de persones grans és superior al nombre de persones més joves de setze anys des de 1999, mentre que a les Illes Balears encara no s'ha produït aquesta inversió de dades i no es produirà fins al voltant de l'any 2017, quan per primera vegada es preveu que la població de les Illes Balears de seixanta-cinc anys o més sigui superior a la de joves de més de setze anys; l'encreuament en les dones es produirà abans que en els homes, a causa de la seva supervivència més alta.

Gràfic 6 | Població estimada 2008-2018 edat <16 i 65 i més. Illes Balears



D'altra banda, la proporció de persones grans amb relació al total de la població es manté allunyada del 20% que caracteritza els països i les comunitats autònomes més envellits: l'índex de dependència i l'edat mitjana continuen augmentant encara que més lentament que en altres àrees geogràfiques i l'índex de longevitat, així com l'esperança de vida, es col·loquen en un lloc intermedi i pròxim a la mitjana nacional.

Mentre que Espanya és un dels quatre països més envellits, el percentatge de la població de seixanta-cinc anys o més de les Illes Balears en aquest rànquing se situaria en el lloc novè, abans que els Estats Units. Pel que fa als països de la Unió Europea dels 15 (17%), el percentatge de població de les Illes Balears és més petit en tres punts (13,6%) i la diferència és similar si es compara amb la Unió Europea dels 27 (16,9%), només Irlanda, Xipre i Eslovàquia presenten percentatges més petits; Polònia, Malta i Lituània tenen valors semblants i la resta de països tenen valors més alts.

Taula 3 | *Indicadors. Revisió del padró 1-1-2008*

	Població	Pob. 65 i més	Pob. 85 i més	Edat mitjana	Total 65 i més (% sobre pob. total CA)	65-84 anys (% sobre total pob. CA)	85 i més (% sobre total pob. CA)	Índex envelliment (65 i més/ pob. <16)	Índex dependència (pob. 65 i més/pob. 16-64)	Índex de longevitat	Estrangers 65 i més/ pob. 65 i més
Espanya	46.157.822	7.632.925	938.040	40,91	16,54%	14,50%	2,03%	107,30%	24,30%	12,29%	3,35%
Andalusia	8.202.220	1.196.446	122.989	39,04	14,59%	13,09%	1,50%	83,99%	21,44%	10,28%	4,23%
Aragó	1.326.918	262.071	37.237	43,07	19,75%	16,94%	2,81%	141,34%	29,80%	14,21%	0,72%
Astúries	1.080.138	235.315	32.440	45,75	21,79%	18,78%	3,00%	201,95%	32,31%	13,79%	0,51%
I. Balears	1.072.844	145.680	17.987	39,32	13,58%	11,90%	1,68%	85,12	19,27%	12,35%	11,42%
Canàries	2.075.968	263.025	24.971	38,75	12,67%	11,47%	1,20%	79,22%	17,76%	9,49%	10,90%
Cantàbria	582.138	107.295	14.972	42,99	18,43%	15,86%	2,57%	138,66%	27,00%	13,95%	0,70%
Castella i Lleó	2.557.330	570.332	85.580	44,88	22,30%	18,96%	3,35%	178,55%	34,20%	15,01%	0,42%
Castella-la Manxa	2.043.100	362.035	47.631	40,69	17,72%	15,39%	2,33%	109,10%	26,83%	13,16%	0,57%
Catalunya	7.364.078	1.195.955	153.698	40,81	16,24%	14,15%	2,09%	103,94%	23,84%	12,85%	2,22%
Com. Valenciana	5.029.601	813.360	87.312	40,61	16,17%	14,44%	1,74%	103,68%	23,70%	10,73%	11,00%
Extremadura	1.097.744	207.063	24.923	41,66	18,86%	16,59%	2,27%	119,90%	28,84%	12,04%	0,52%
Gàlícia	2.784.169	602.862	83.479	44,67	21,65%	18,65%	3,00%	178,07%	32,72%	13,85%	0,67%
Madrid	6.271.638	895.421	111.932	39,77	14,28%	12,49%	1,78%	91,47%	20,36%	12,50%	2,02%
Múrcia	1.426.109	194.028	19.672	37,93	13,61%	12,23%	1,38%	74,30%	19,98%	10,14%	4,25%
Navarra	620.377	107.019	15.451	41,52	17,25%	14,76%	2,49%	110,41%	25,70%	14,44%	0,86%
País Basc	2.157.112	401.664	48.312	43,24	18,62%	16,38%	2,24%	137,61%	27,44%	12,03%	0,53%
La Rioja	317.501	57.178	8.038	41,94	18,01%	15,48%	2,53%	122,36%	26,77%	14,06%	0,87%
Ceuta	77.389	8.649	721	35,75	11,18%	10,24%	0,93%	51,14%	16,69%	8,34%	2,32%
Melilla	71.448	7.527	695	34,90	10,53%	9,56%	0,97%	44,66%	15,99%	9,23%	5,89%

Font: Institut Nacional d'Estadística i elaboració pròpia

Taula 4 | Evolució dels indicadors d'envel·liment 1998-2008

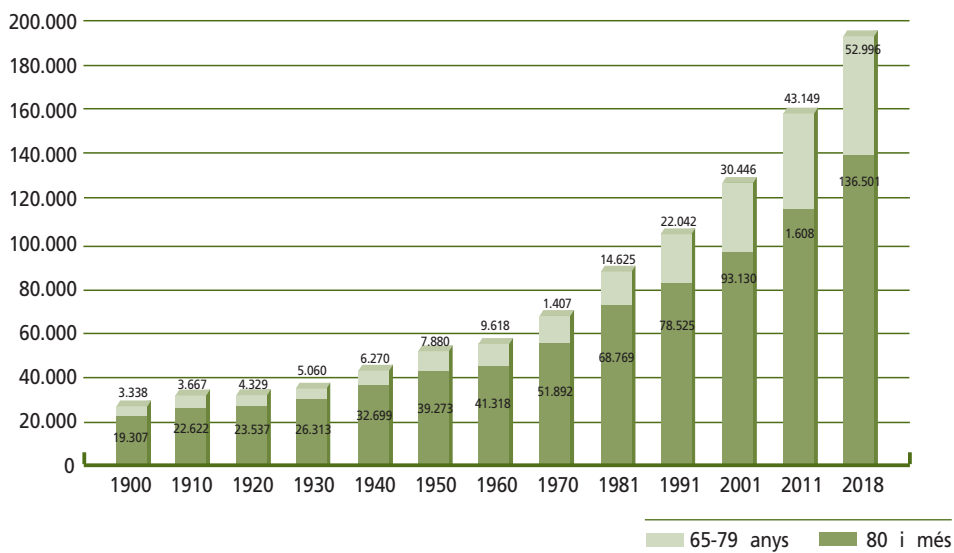
Espanya	Total població	0-15 anys	16-64 anys	65 i més	Edat mitjana	% Pob. 65 i més anys	Pob. 65 i més /pob. <16	Índex de dependència	Índex de longevitat	Ràtio masculinitat 65 i més anys
1998	39.852.651	6.570.529	26.778.352	6.503.770	39,37	16,32%	98,98%	24,29%	10,12%	72,04%
1999	40.202.160	6.447.963	27.014.636	6.739.561	39,75	16,76%	104,52%	24,95%	10,27%	72,36%
2000	40.499.791	6.382.301	27.275.348	6.842.142	39,94	16,89%	107,20%	25,09%	10,50%	72,38%
2001	41.116.842	6.322.155	27.757.134	7.037.553	40,23	17,12%	111,32%	25,35%	10,80%	72,66%
2002	41.837.894	6.367.677	28.300.782	7.169.435	40,32	17,14%	112,59%	25,33%	10,68%	72,84%
2003	42.717.064	6.497.543	28.942.901	7.276.620	40,39	17,03%	111,99%	25,14%	10,70%	72,99%
2004	43.197.684	6.571.054	29.325.621	7.301.009	40,51	16,90%	111,11%	24,90%	10,86%	72,95%
2005	44.108.530	6.719.131	30.057.132	7.332.267	40,60	16,62%	109,13%	24,39%	11,13%	72,88%
2006	44.708.964	6.825.177	30.399.395	7.484.392	40,73	16,74%	109,66%	24,62%	11,38%	73,26%
2007	45.200.737	6.927.730	30.741.181	7.531.826	40,86	16,66%	108,72%	24,50%	11,76%	73,47%
2008	46.157.822	7.113.961	31.410.936	7.632.925	40,91	16,54%	107,30%	24,30%	12,29%	73,69%
Illes Balears	Total població	0-15 anys	16-64 anys	65 i més	Edat mitjana	% Pob. 65 i més anys	Pob. 65 i més /pob. <16	Índex de dependència	Índex de longevitat	Ràtio masculinitat 65 i més anys
1998	796.487	138.645	539.235	118.607	39,61	14,89%	85,55%	22,00%	10,49%	72,98%
1999	821.817	140.160	558.207	123.450	38,84	15,02%	88,08%	22,12%	10,63%	73,58%
2000	845.628	140.920	579.600	125.108	38,89	14,79%	88,78%	21,59%	10,88%	73,76%
2001	878.627	143.524	606.835	128.268	38,92	14,60%	89,37%	21,14%	11,02%	73,98%
2002	916.968	148.117	637.829	131.022	38,83	14,29%	88,46%	20,54%	11,16%	74,50%
2003	947.361	152.503	661.475	133.383	38,86	14,08%	87,46%	20,16%	11,29%	74,86%
2004	955.045	154.350	668.255	132.440	38,89	13,87%	85,80%	19,82%	11,49%	74,54%
2005	983.131	157.921	690.514	134.696	39,04	13,70%	85,29%	19,51%	11,59%	74,66%
2006	1.001.062	160.423	702.127	138.512	39,24	13,84%	86,34%	19,73%	11,87%	75,82%
2007	1.030.650	164.681	724.915	141.054	39,31	13,69%	85,65%	19,46%	12,01%	76,43%
2008	1.072.844	171.146	756.018	145.680	39,32	13,58%	85,12%	19,27%	12,35%	77,20%

Font: Revisions del padró anuals. Institut Nacional d'Estadística

1.1. Perfil demogràfic de la població de seixanta-cinc anys o més

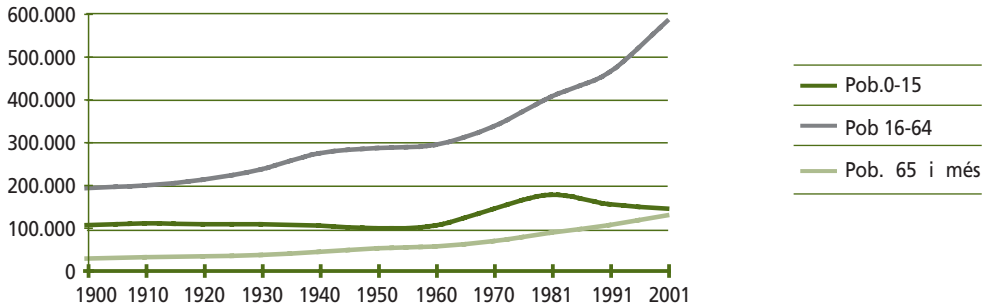
A pesar d'això, la tendència envers un envelliment més gran s'intensifica amb l'arribada al grup d'edat de seixanta-cinc anys o més de generacions més plenes que substitueixen les generacions nascudes els primers anys del segle XX. Segons el cens de la població de 1900, a les Illes Balears residien 22.645 persones de seixanta-cinc anys o més; a principis del segle XXI, amb aquesta edat es varen censar 123.576 persones. En l'interval d'un segle, la població que ha arribat a seixanta-cinc anys s'ha multiplicat gairebé per cinc i el seu pes relatiu s'ha duplicat i ha passat de ser el 7,3% de la població censada el 1900 al 14,7% l'any 2001. Al llarg del temps, els dos grups d'edat extrems evolucionen en sentit invers amb tendència a aproximar-se; de fet, el moment que la població més jove de setze anys passa per primera vegada a ser més petita que la de la gent gran ja s'ha produït en les comunitats autònomes més envellides.

Gràfic 7 | *Evolució de la població: censos de la població i projeccions. Illes Balears*



En les projeccions a curt termini 2008-2018 publicades per l'INE, es preveu que aquest grup d'edat mantindrà una variació anual de creixement constant en la població espanyola de l'ordre del 2%; per al cas de les Illes Balears, la variació es fixa en el 3%, fet que suposa un increment anual de quatre mil persones de la població de seixanta-cinc anys o més a l'inici de l'estimació i s'eleva a cinc mil en els últims anys.

Gràfic 8 | *Estructura de la població. Censos de la població. Illes Balears*



L'augment d'aquesta població va acompanyat d'unes característiques generacionals específiques. Cadascuna de les cohorts que s'incorporen és el resultat d'unes experiències viscudes en el passat, de manera que en aquest grup d'edat coexisteix un conjunt de persones amb uns perfils demogràfics de vegades molt diferenciats. En la piràmide de la revisió del padró a primer de gener de 2008, l'estructura del grup d'edat de seixanta-cinc anys o més està formada per quaranta-tres generacions, amb experiències vitals diferents, de manera que inclou residents que varen néixer en els trenta primers anys del segle XX, que són generacions ja molt minvades amb unes condicions de vida en la seva infantesa difícils i precàries (sota desenvolupament econòmic, condicions de pobresa, epidèmia de grip el 1918, èxode migratori a Llatinoamèrica o a Europa, alta mortalitat, guerra civil...), al costat d'altres generacions nascudes després de la postguerra, que viuen durant la seva joventut el desenvolupament turístic que converteix les Illes Balears de zona d'emigració a zona de destinació de corrents immigratoris procedents de la resta del territori espanyol o de països europeus i que es varen veure beneficiades per unes condicions sanitàries i econòmiques més bones de les que varen disposar els seus antecessors.

Gràfic 9 | *Estructura segons generació. Illes Balears. Rev. padró 1-1-2008*



Els canvis que experimentarà l'estructura per edats els pròxims anys són el preàmbul de l'accentuació de l'envel·liment i del desequilibri entre els grups d'edat; l'entrada en aquest grup d'edat de les generacions de la dècada dels quaranta és un principi d'aquests canvis.

L'índex de dependència actual d'Espanya amb relació a la població en edat laboral és del 24%; en el cas de les Illes Balears, no obstant això, és del 19%, atesa la influència que té en l'estructura per edat la forta immigració dels últims deu anys. En el futur, quan entrin en l'edat de jubilació cohorts més plenes, entre aquestes les del *baby boom* (1957-1977), aquest percentatge s'incrementarà, perquè no es veurà compensat per la natalitat.

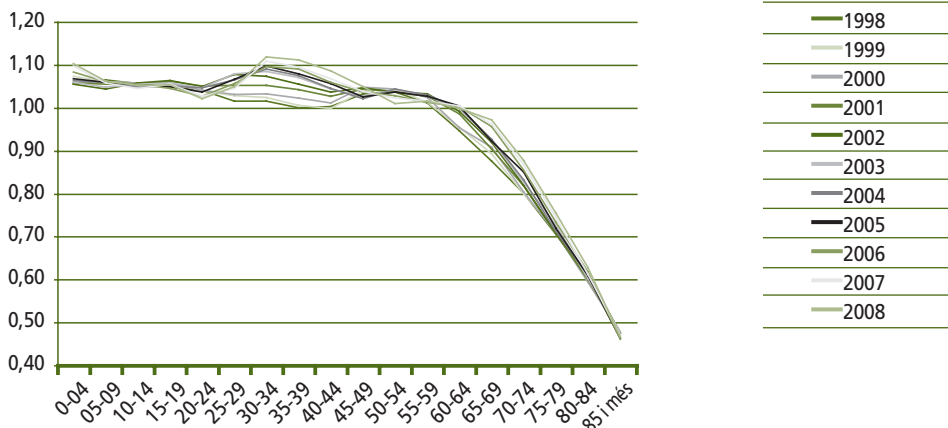
En les hipòtesis plantejades en les projeccions a curt termini de l'INE, en les quals s'introdueix el possible efecte que pot tenir en l'evolució de la població l'actual situació econòmica, s'estima que al voltant de l'any 2017, a les Illes Balears, la proporció de persones més grans de seixanta-cinc anys per primera vegada serà superior a la de les persones més joves de setze anys i l'índex de dependència haurà augmentat quatre punts (28% a Espanya, 23% a les Illes Balears). En l'actualitat, totes les comunitats autònomes, amb l'excepció de les que reben forts corrents immigratoris, presenten una relació de persones grans amb comparació a la població més jove de setze anys superior a 1. En aquestes comunitats autònomes, l'edat mitjana se situa al voltant dels quaranta anys i el percentatge de població de seixanta-cinc anys o més en alguna ja suposa que dos de cada deu residents estan en aquest grup d'edat (percentatge del 20% o més). Les comunitats autònomes amb fort moviment immigratori presenten indicadors menys elevats, entre aquestes les Illes Balears, que es col·loquen entre les que mantenen un ritme més lent en el procés d'envelliment.

El 2001 (revisió del padró 2002), es varen comptabilitzar 131.022 persones més grans de seixanta-cinc anys, el 14,03% de la població; sis anys després, s'havia augmentat la xifra en més de 13.000 persones, amb un total de 145.680 residents i un pes relatiu del 13,6%. El 2007 varen fer seixanta-cinc anys els nascuts el 1942, tres anys després de la Guerra Civil i el començament de la recuperació de la natalitat; el buit existent en les edats situades entre seixanta-set i seixanta-vuit anys correspon al dèficit de naixements (generacions de 1940 i 1939) ocasionat durant la Guerra Civil Espanyola. Els nous jubilats ja mostren canvis en les característiques de les futures persones grans: la seva composició és més heterogènia, el seu accés a condicions sanitàries més bones els assegura una expectativa de vida més alta, el nombre de supervivents és més elevat, les seves condicions socials i econòmiques són més bones..., fins i tot es discuteix la convenció establerta de fixar els seixanta-cinc anys com a edat referent del moment que s'entra en el grup dels «grans». I és que les persones que arriben a l'edat de la jubilació ho fan en unes condicions notablement diferents a etapes anteriors.

L'any 2007, en el grup de les persones grans s'inclouen els supervivents dels nascuts entre 1900 i 1910, a més dels tres primers anys del decenni dels vint, que ja són octogenaris, nonagenaris o fins i tot centenaris i que ja tenien de seixanta-cinc a vuitanta-quatre anys (nascuts entre 1923 i 1942). La seva distribució reflecteix la inèrcia pròpia de la mortalitat, que minva progressivament les diferents generacions amb més intensitat com més velles sigui aquestes, però també reflecteix l'efecte de les millores en supervivència, així com la incidència dels fluxos migratoris i del comportament de la natalitat en les distintes cohorts.

El 56% són dones i el 44%, barons. L'estudi per generació reflecteix la incidència de la mortalitat en cadascun dels sexes; entre els nascuts abans de 1920, el 70% dels supervivents són dones, amb una relació de tres dones per cada home, mentre que en les generacions posteriors es passa a una distribució descendent de 63%, 53% i 50% per a 1920, 1930 i les tres primeres cohorts nascudes en el decenni dels quaranta. La desproporció entre sexes augmenta amb l'edat i s'intensifica entre els nascuts en les tres primeres dècades del segle XX, que varen ser generacions afectades per la Guerra Civil, els efectes de la qual varen afectar principalment el sexe masculí. La disparitat se suavitzarà en els pròxims anys, conforme vagin desapareixent les cohorts que varen viure el conflicte i es redueixi la diferència entre l'expectativa de vida d'homes i dones.

Gràfic 10 | *Ràtio de masculinitat. Illes Balears. (Rev. padrons)*



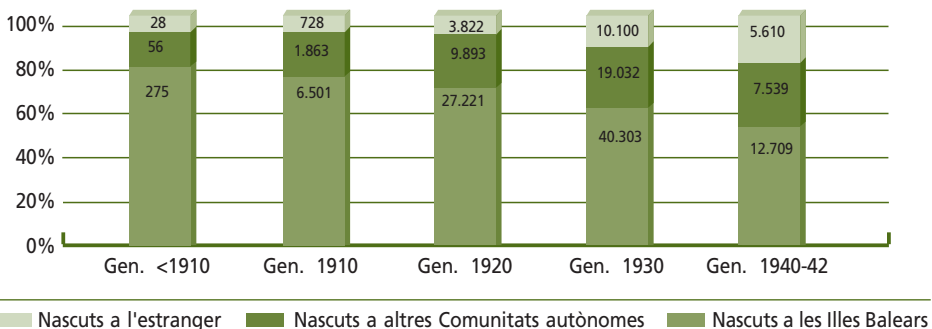
Els canvis estructurals produïts en la piràmide de la població pel comportament dels components demogràfics es manifesten en la ràtio de masculinitat. El nombre d'homes durant tot el segle passat va ser inferior al de les dones i es va mantenir entorn del 0,9; a partir de les dades de la revisió del padró del 2003, per primera vegada l'índex mostra un equilibri entre ambdós sexes. Aquest canvi es deu fonamentalment a les fornades dels fluxos immigratoris que a principi del segle XXI experimenta la comunitat autònoma, fornades que es caracteritzen pel fet de tenir patró jove i preferentment masculí. En gairebé totes les edats, des de llavors es manté un índex lleument favorable als homes; només en arribar a seixanta-tres anys aquest equilibri es trenca a favor de les dones. Llavors l'índex es perllonga de manera creixent a la resta d'edats fins que s'arriba a una relació de dues dones per cada baró a l'edat de vuitanta-cinc anys. Aquest indicador expressa d'una manera senzilla la supervivència més gran de les dones, encara que les diferències de mortalitat minven i l'equilibri per sexe se suavitza en les generacions més joves.

La longevitat masculina és inferior a la femenina, fet que es tradueix en un nombre més alt de dones a mesura que augmenta l'edat i en una esperança de vida superior de les dones, que en aquestes edats actualment presenta una diferència de quatre anys.

En gairebé totes les hipòtesis que s'estudien sobre l'evolució futura de l'esperança de vida de cadascun dels sexes, es tendeix a plantejar que la diferència en els anys de supervivència de cadascun dels sexes es reduirà a mesura que s'incorporin cohorts més plenes —no afectades pel conflicte civil i l'emigració de la primera meitat del segle XX— en les quals les dones han adoptat alguns dels hàbits dels homes i en les quals aquests, com a conseqüència de les polítiques de prevenció, han adoptat altres hàbits. Ara bé, alguns especialistes han cridat l'atenció sobre el fet que una supervivència més gran no implica un bon estat de salut i assenyalen que si es mesura l'esperança de vida lliure d'incapacitats (EVLI) les diferències entre ambdós sexes s'escurcen. El nombre d'anys obtingut per la resta de l'esperança de vida amb seixanta-cinc anys i l'EVLI són anys viscuts amb alguna discapacitat, que en els barons seria més petita que en les dones; aquest índex, en definitiva, mesura l'estat de salut i la qualitat de vida dels que sobreviuen.

Però, a més, la composició d'aquesta població segons lloc de naixença reflecteix la progressiva entrada de fluxos immigratoris: el 60% han nascut a les Illes Balears, el 26% en una altra comunitat autònoma i el 14% a l'estranger. L'observació generacional presenta notables contrastos: entre els nascuts abans de 1920, gairebé les tres quartes parts dels supervivents varen néixer a les Illes Balears, el 20% en una altra comunitat autònoma i el 8% a l'estranger. El percentatge dels nascuts a les Illes Balears descendeix a mesura que la generació de referència és més jove, mentre que els nascuts en una altra comunitat autònoma augmenten fins a representar el 29% en la generació de 1940 a 1942 i els nascuts a l'estranger augmenten fins al 22%.

Gràfic 11 | *Distribució de la població de 65 anys o més segons any de naixement i lloc de naixement*



Des del punt de vista de la nacionalitat, els primers moviments immigratoris procedents de l'estranger també queden de manifest. En les generacions dels més ancians, els espanyols representen el 94%; en la generació que ha començat a entrar a formar part del grup de seixanta-cinc anys o més (1940-1942), un 81% són espanyols i un 19% estrangers; d'aquests, nou de cada deu són europeus.

El 41% dels estrangers més grans de seixanta-quatre anys són alemanys; el 23%, anglesos; el 8%, francesos; el 5%, italians i el 3%, argentins. Encara que existeix certa heterogeneïtat, es comptabilitzen fins a vuitanta-tres nacionalitats distintes en aquest col·lectiu, alguns d'aquests integrats per efecte de reagrupaments familiars recents. La composició d'aquest grup d'edat mostra una concentració en aquestes nacionalitats que disminueix a mesura que la generació és més jove. Un dels canvis que en el futur pròxim experimentarà aquest grup d'edat ja s'ha iniciat amb l'entrada de la generació de 1940; de fet, en els pròxims anys entraran a formar part del grup de seixanta-cinc anys o més generacions en les quals la població estrangera cada vegada és més significativa.

Taula 5 | *Estructura i composició de la població de 65 anys o més resident a les I. Balears*

	Població	Espanyols			Estrangers		
		Nascuts a les Illes Balears	Nascuts a altra CA	Nascuts a l'estranger	Nascuts a les Illes Balears	Nascuts a altra CA	Nascuts a l'estranger
Total	145.680	86.939	38.329	3.779	70	54	16.509
Gen. <1920	9.451	6.768	1.907	233	8	12	523
Gen. 1920	40.936	27.199	9.884	1.067	22	9	2.755
Gen. 1930	69.435	40.278	19.009	1.671	25	23	8.429
Gen. 1940-42	25.858	12.694	7.529	808	15	10	4.802

Font: Revisió del padró 1-1-2008. IBESTAT

El col·lectiu d'estrangers grans entre els residents nascuts a principi del segle XX tot just tenia presència, però a mesura que avança el segle la seva importància creix. El comportament migratori de les Illes Balears es pot resumir en tres períodes: en el primer, la situació de precarietat que es vivia a la primera meitat del segle XX obliga els illencs a emigrar; en el segon, durant els anys seixanta, amb el principi del desenvolupament turístic, l'arxipèlag es converteix en lloc de destinació d'immigrants procedents d'altres comunitats autònomes amb una finalitat laboral i amb una intensitat més petita de fluxos europeus que busquen en l'arxipèlag un

lloc de retir; finalment, el tercer es caracteritza pels recents fluxos immigratoris procedents de l'estranger, caracteritzats per la seva intensitat, diversitat i per una finalitat fonamentalment laboral. Els estrangers grans (16.633 en el 2007) del primer corrent immigratori, amb l'excepció d'un reduït nombre d'incorporats recentment per reagrupament familiar, representen un de cada deu residents amb seixanta-cinc anys o més (en la mitjana nacional, constitueixen el 3,0% dels 7,5 milions de persones grans).

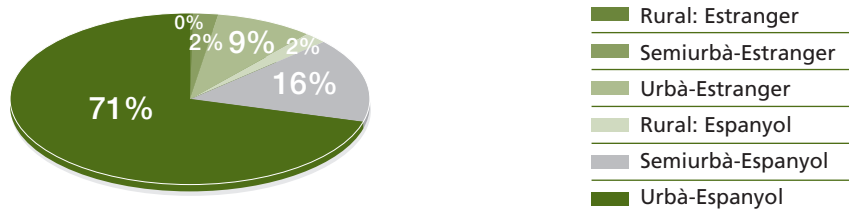
Taula 6 | *Població de 65 anys o més segons generació i nacionalitat. Illes Balears*

	Total	Gen. <1920	Gen. 1920	Gen. 1930	Gen.1940-42
Total	145.680	9.451	40.936	69.435	25.858
1. Espanyols	129.047	8.908	38.150	60.958	21.031
2. UE15	14.063	487	2.346	7.142	4.088
3. UE25	32	2	9	17	4
4. UE27	158	1	17	78	62
5. Resta Europa	504	18	100	255	131
6. Àfrica	251	2	20	160	69
7. Amèrica del nord	178	9	50	88	31
8. Amèrica central	181	3	32	87	59
9. Amèrica del sud	1.114	20	194	560	340
10. Àsia	139	1	17	83	38
11. Oceania	13	0	1	7	5

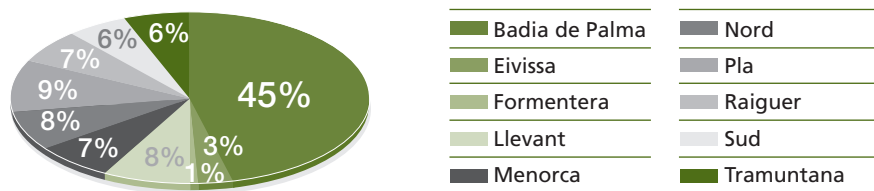
Font: IBESTAT

Segons les dades de l'Enquesta d'immigració del 2007, els estrangers tendeixen a agrupar-se segons la seva nacionalitat i estableixen les seves pròpies xarxes socials. En aquest marc general, destaquen municipis com Calvià, Andratx o Deià, on es concentren part dels britànics i els alemanys grans. Molts d'ells varen arribar i segueixen arribant per passar el temps de jubilació a les Illes Balears i són predominantment europeus. És una població que sovint comparteix la seva residència amb el seu país d'origen i que genera una sèrie de demandes pròpies.

Només el 2% de la població de seixanta-cinc anys o més resideix en municipis de menys de 2.000 habitants; el 23% resideixen en municipis de 2.000 a 30.000 habitants i la resta (54%) es reparteix en municipis de més de 30.000 residents (Palma, Lluçmajor, Marratxí, Santa Eulàlia, Manacor, Calvià i Eivissa). Pel que fa als estrangers específicament, tres de cada deu viuen en municipis amb més de 30.000 habitants i a Palma i un 24%, en municipis entre 10.000 i 20.000 habitants.

Gràfic 12 | *Població de 65 anys o més segons zona de residència. Illes Balears*


La distribució de la població de seixanta-cinc anys o més es concentra a la badia de Palma (Andratx, Palma, Calvià, Lluçmajor i Marratxí), dada molt afectada per la grandària de Palma i també per la localització de residències col·lectives. Els indicadors de cada zona són més significatius: el Pla de Mallorca, constituït per municipis de l'interior, és l'àrea territorial més envellida, amb indicadors tan alts com els que caracteritzen els països més envellits; el segueix la zona del sud (Campos, Felanitx, Santanyí i Ses Salines) i la de Tramuntana. Eivissa, que està considerada com una sola zona, presenta uns indicadors inferiors.

Gràfic 13 | *Distribució de la població de 65 anys o més segons zona (nut) de residència. Illes Balears. Rev. padró 1-1-2008*

Taula 7 | *Indicadors d'envelliment segons nut. Revisió padró 1-1-2008*

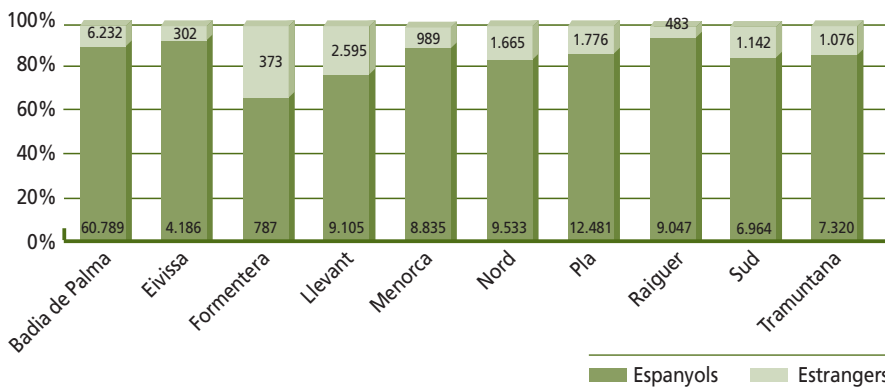
	Població	Pob. 65 i més	% Pob. 65 i més/pob total 65 i més	% Pob. 65 i més/pob. Nut	Índex d'envelliment	Índex de dependència	Índex de longevitat	% Estrang. majors/ Pob. 65 i més nut
Badia de Palma	526.167	67.021	46,01%	12,74%	80,36%	17,84%	12,47%	9,30%
Eivissa	125.053	13.402	9,20%	10,72%	70,34%	14,47%	3,76%	2,25%
Formentera	9.147	1.160	0,80%	12,68%	93,93%	17,18%	10,78%	32,16%
Llevant	71.060	10.771	7,39%	15,16%	90,83%	22,24%	12,39%	24,09%
Menorca	92.434	12.437	8,54%	13,46%	81,13%	19,23%	9,46%	7,95%

	Població	Pob. 65 i més	% Pob. 65 i més/pob total 65 i més	% Pob. 65 i més/pob. Nut	Índex d'envelliment	Índex de dependència	Índex de longevitat	% Estrang. majors/ Pob. 65 i més nut
Nord	73.157	11.198	7,69%	15,31%	93,41%	22,41%	12,36%	14,87%
Pla	35.882	7.506	5,15%	20,92%	137,12%	32,77%	22,93%	23,66%
Raiguer	64.581	9.530	6,54%	14,76%	84,31%	21,78%	12,71%	5,07%
Sud	44.615	7.595	5,21%	17,02%	113,34%	25,05%	15,27%	15,04%
Tramuntana	30.748	5.060	3,47%	16,46%	105,33%	24,23%	20,00%	21,26%

Font: IBESTAT

A Formentera, tres de cada deu residents grans són estrangers; al Llevant, el Pla i Tramuntana, dos de cada deu i al nord i al sud gairebé dos de cada deu; en canvi, al Raiguer i a Eivissa és on més poc pes tenen pel que fa a la població.

Gràfic 14 | Població de 65 anys o més segons nacionalitat i lloc de residència (nuts).



La meitat dels municipis de les Illes Balears tenen una edat mitjana superior a la mitjana de la comunitat i n'hi ha divuit que presenten percentatges de població superiors o similars als que tenen els països més envellits (superiors al 18%). El municipi més envellit és Ariany.

Altres característiques que definirien el perfil demogràfic del grup de persones grans són les relacionades amb l'estat civil i les formes de convivència. Segons dades elaborades per l'Institut Balear d'Estadística a partir de les microdades de *l'Enquesta sobre condicions de vida 2007*, el 61% de la població de seixanta-cinc anys o més està casada i el 32% és vidu; per sexes, es presenten notables diferències: el 37% dels barons és casat mentre que, pel

que fa a les dones, el 24% és casada i el 28% és vídua. Quant a les formes de convivència, al voltant del 21% de la població gran resideix en una llar unipersonal i la majoria són dones vídues. La notabilitat d'aquestes dades es troba en el fet que posen en relleu una dimensió més del procés d'envelliment: un sector important d'aquesta població viu en llars unipersonals (8% de les llars), la resta es reparteix en residències de la tercera edat o en nuclis familiars.

1.2. La població de vuitanta-cinc anys o més

L'augment de la població octogenària ha estat desigual entre les diferents autonomies però, en general, ha tingut unes variacions relatives superiors a les experimentades pel conjunt del grup de seixanta-cinc anys o més. Durant el període 1998-2008, el grup d'edat de seixanta-cinc anys o més a l'àmbit nacional va mantenir un creixement de 17% i a les Illes Balears del 22%; en canvi, el grup específic de vuitanta-cinc anys o més en el mateix interval de temps va experimentar una variació del 44% a Espanya i del 45% a les Illes Balears (taula 3 i gràfic 1).

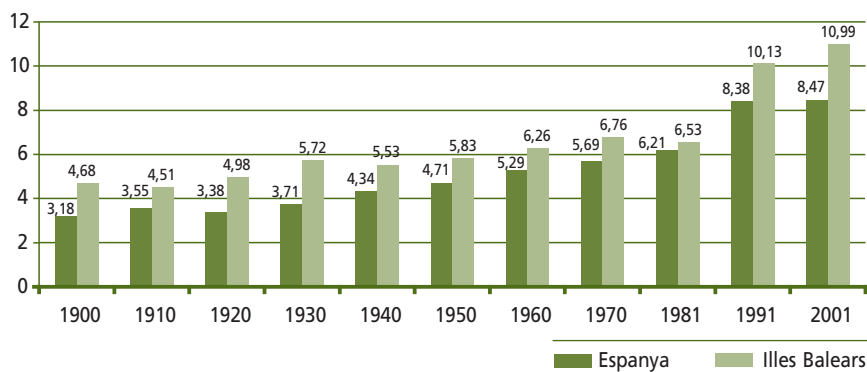
A les Illes Balears, segons les dades de la revisió del padró a primer de gener de 2008, es varen comptabilitzar 17.987 residents amb vuitanta-cinc anys o més, el 2% de la població espanyola amb la mateixa edat, amb un índex de longevitat (12,3%) similar a la mitjana nacional, encara que a gairebé dos punts de la comunitat autònoma de Castella i Lleó, que va obtenir l'índex més alt (15%). El nombre de dones en totes les autonomies és superior al d'homes, a causa de la supervivència més gran de les dones i de les conseqüències que varen tenir la Guerra Civil i l'emigració sobre les cohorts que en aquells dies vivien; amb l'entrada de noves generacions, aquest indicador tendirà a suavitzar-se (taula 8).

El cens de la població de les Illes Balears de 1900 va comptabilitzar 1.060 persones amb vuitanta-cinc anys o més; segons el padró de 1998, a les Illes Balears residien 12.437 persones d'aquest grup d'edat i segons la revisió del padró 2008, 17.987, amb increments anuals entre cinc-cents i mil persones. El guany en expectatives de vida es manifesta clarament en l'augment del pes relatiu d'aquest grup d'edat, si es comparen les xifres pel que fa a la població total al principi i al final del segle XX: el 1900 només el 0,34% de la població censada tenia vuitanta-cinc anys o més; el 1970 el percentatge es va elevar al 0,8% i va a passar a representar, segons el cens de la població del 2001, el 2%. L'índex de longevitat evidencia la seva tendència creixent: el 1900 suposava el 4,7% de la població més gran de seixanta-cinc anys; el 1970, el 6,8%; el 1991, el 8,5% i el 2001, l'11%. L'increment de la longevitat es va produir bàsicament en els últims anys del segle XX, afavorit pel fet que arribaren a seixanta-cinc anys generacions menys reduïdes però també amb una expectativa de vida més gran (gràfic 15).

Taula 8 | Població de 85 anys segons comunitat autònoma de residència. Variació 2008/1998

	Pob. 1998	Pob. 2008	Variació relativa 2008/1998	Índex de longevitat 1998	Índex de longevitat 2008	Homes-98	Homes-08	Dones-98	Dones-08
Espanya	657.990	938.040	42,56%	10,12%	12,29%	2.723.277	3.238.301	3.780.489	4.394.624
Andalusia	88.678	122.989	38,69%	8,87%	10,28%	421.152	510.703	578.308	685.743
Aragó	26.411	37.237	40,99%	10,72%	14,21%	107.010	113.441	139.395	148.630
Astúries	22.888	32.440	41,73%	10,33%	13,79%	90.415	95.919	131.118	139.396
I. Balears	12.437	17.987	44,62%	10,49%	12,35%	50.041	63.467	68.566	82.213
Canàries	17.907	24.971	39,45%	9,71%	9,49%	79.393	117.029	105.028	145.996
Cantàbria	10.353	14.972	44,62%	10,72%	13,95%	39.857	44.522	56.695	62.773
Castella i Lleó	62.586	85.580	36,74%	11,84%	15,01%	228.318	245.825	300.347	324.507
Castella-la Manxa	34.320	47.631	38,78%	10,35%	13,16%	146.987	159.335	184.556	202.700
Catalunya	105.958	153.698	45,06%	10,22%	12,85%	428.442	502.516	608.016	693.439
Com. Valenciana	57.946	87.312	50,68%	9,07%	10,73%	270.859	354.673	367.781	458.687
Extremadura	20.457	24.923	21,83%	10,61%	12,04%	82.365	88.707	110.453	118.356
Galícia	59.623	83.479	40,01%	11,33%	13,85%	214.330	250.013	311.698	352.849
Madrid	74.004	111.932	51,25%	10,20%	12,50%	288.402	362.917	437.169	532.504
Múrcia	13.763	19.672	42,93%	8,79%	10,14%	66.956	84.368	89.574	109.660
Navarra	10.667	15.451	44,85%	11,25%	14,44%	40.179	45.753	54.607	61.266
País Basc	33.697	48.312	43,37%	9,83%	12,03%	141.496	167.393	201.255	234.271
La Rioja	5.215	8.038	54,13%	10,62%	14,06%	21.302	24.852	27.814	32.326
Ceuta	587	721	22,83%	7,78%	8,34%	3.143	3.745	4.402	4.904
Melilla	484	695	43,60%	7,64%	9,23%	2.630	3.123	3.701	4.404

Font: Revisions del padró. Institut Nacional d'Estadística

Gràfic 15 | *Índex de longevitat. Censos 1900-2001*

La ràtio de masculinitat es manté en la mitjana nacional en 0,4 mentre que a les Illes Balears és 0,5. Segons la revisió del padró 2008, el nombre de dones amb vuitanta-cinc anys o més és el doble que el dels homes; concretament, es varen comptabilitzar 5.707 barons i 12.280 dones. No obstant això, la diferència de la variació relativa del període 1998-2008 (45% en els homes i 44% en les dones) reflecteix la tendència a equilibrar la ràtio homes/dones a mesura que entrin generacions no afectades per les circumstàncies històriques de la primera meitat de segle.

La població a les Illes Balears d'aquest grup d'edat està constituïda pels nascuts abans de 1923; són generacions que varen viure les circumstàncies històriques més difícils de la primera meitat del segle XX. Algunes d'aquestes, a més, varen viure l'epidèmia de grip de 1918, l'èxode emigratori a Llatinoamèrica i els efectes de la guerra civil, tant pel que fa a morts com a l'aturada de la natalitat que es va produir. La seva estructura actual està formada pels supervivents i la seva distribució reflecteix tant la inèrcia pròpia de la mortalitat com els guanys en supervivència. El conjunt d'aquestes generacions, sumant la seva data de naixença, eren inicialment 198.161. Actualment, el nombre de residents de la mateixa edat constitueix el 9% dels nascuts en l'agregat de les generacions. En les últimes taules de mortalitat utilitzades per a l'elaboració de les projeccions a curt termini publicades per l'INE, amb vuitanta-cinc anys l'esperança de vida presenta una evolució positiva de guany de vida el 2008, s'estableix en el cas de les Illes Balears una esperança de vida per a l'edat de vuitanta-cinc anys de 12,9 anys i de 13,8 anys el 2017.

Un grup minoritari però destacable és la població centenària. A Espanya, el nombre de centenaris segons el padró gairebé s'ha triplicat en l'interval de deu anys: el 1998 eren 5.806, el 2008 havien augmentat a 14.020. La població centenària balear el 1998 era tan

sols de 83 residents; deu anys després, en iniciar-se el 2008, s'havia triplicat i el nombre de residents centenaris era de 289, dels quals una tercera part (73) eren barons i la resta dones; és a dir, per cada tres barons han sobreviscut deu dones. El resident amb més edat de la nostra comunitat autònoma va néixer el 1899, té cent vuit anys i és un baró, encara que el màxim històric a què s'ha arribat va ser un menorquí que va morir quan havia fet ja cent catorze anys.

La prolongació de la vida més enllà dels cent anys ha deixat de ser una excepció i augmenta any rere any; aquest és un camp d'investigació que s'ha obert recentment entre els diferents experts en la matèria, la finalitat del qual és observar si les diferències regionals i territorials es deuen a les condicions vitals en què va transcórrer la vida d'aquestes persones.

La majoria de la població de vuitanta-cinc anys és espanyola i va néixer a Espanya. El 30% dels actuals supervivents d'aquestes generacions ha nascut fora de la comunitat autònoma; 3.915, en una altra comunitat autònoma i 1.521, a l'estranger. La seva distribució reflecteix l'impacte que va tenir l'etapa desenvolupista dels seixanta en l'estructura per edat de l'arxipèlag; per aquest motiu, si en les generacions més antigues gairebé no hi ha forans, a partir de la generació de 1920 aquests augmenten progressivament. Entre els nascuts a l'estranger, el 29% és espanyol, 391 són anglesos, 308 alemanys i 100 francesos.

Taula 9 | *Població de 85 anys o més segons edat, tipus de nacionalitat i lloc de naixement*

Any de naixement	Edat	Total	Espanyols	Estrangers	Nascuts a les Illes Balears	Nascuts a altra CA	Nascuts a l'estranger
Total	-	17.987	16.881	1.106	12.551	3.915	1.521
1899	108	1	1	0	1	0	0
1901	106	1	1	0	1	0	0
1902	105	3	3	0	1	1	1
1903	104	14	14	0	13	1	0
1904	103	11	10	1	9	1	1
1905	102	17	17	0	15	2	0
1906	101	30	30	0	22	7	1
1907	100	53	51	2	40	10	3
1908	99	94	87	7	67	18	9
1909	98	135	122	13	106	16	13
1910	97	182	168	14	125	40	17
1911	96	297	270	27	211	52	34
1912	95	384	359	25	267	79	38

Any de naixement	Edat	Total	Espanyols	Estrangers	Nascuts a les Illes Balears	Nascuts a altra CA	Nascuts a l'estranger
1913	94	540	498	42	402	82	56
1914	93	678	634	44	497	114	67
1915	92	920	875	45	682	175	63
1916	91	1.182	1.123	59	854	247	81
1917	90	1.374	1.306	68	960	304	110
1918	89	1.609	1.531	78	1.174	328	107
1919	88	1.926	1.808	118	1.329	442	155
1920	87	2.482	2.321	161	1.701	570	211
1921	86	2.818	2.627	191	1.916	639	263
1922	85	3.236	3.025	211	2.158	787	291

Font: Revisió del padró 1-1-2008. IBESTAT

Taula 10 | *Població de 85 anys o més segons lloc de naixement i nacionalitat. Rev. padró 1-1-2008*

Nacionalitat	Total	Nascuts a les Illes Balears	Nascuts a altra CA	Nascuts a l'estranger
Total	17.987	12.551	3.915	1.521
Espanyols	16.881	12.540	3.902	439
UE-15	973	11	11	951
Resta UE-27	9	5	0	4
Resta Europa	35	0	1	34
Àfrica	5	0	0	5
Amèrica del nord	19	0	0	19
Amèrica central	12	0	0	12
Amèrica del Sud	51	0	1	50
Àsia	2	0	0	2

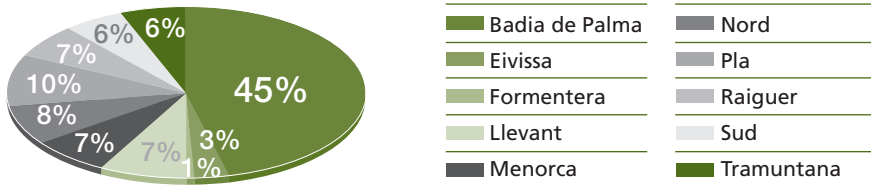
Font: IBESTAT

Mallorca, per la seva grandària, acull el 83% d'aquesta població i la resta es reparteix amb valors similars entre Eivissa i Menorca (7% cada illa) i un 1% a Formentera. En el cas de Menorca, sobresurt la dada perquè té una població total més petita que Eivissa però un pes similar. La realitat és que les dues illes tenen característiques demogràfiques oposades: Menorca té una població més envellida (una edat mitjana de 39,04), mentre que Eivissa és

l'illa amb l'indicador més baix (38,01). La distribució municipal indica una alta concentració en les localitats més grans, possiblement associades a l'existència de residències per a la tercera edat.

Les zones amb un índex de longevitat més elevat són Tramuntana i el Pla; hi ha un percentatge més petit de persones ancianes entre la població d'Eivissa i Menorca. Els municipis amb un índex de longevitat superior al 16% són Escorca, Estellencs, Alaró, Sant Joan, Felanitx, Vilafranca, Campanet, Valldemossa, Algaida i Porreres. En general, destaca la forta concentració en nuclis urbans o semiurbans molt concrets: a Mallorca, quatre de cada deu residents a l'illa viuen a Palma; a Menorca, sis de cada deu viuen a Maó o a Ciutadella; a Eivissa, també sis de cada deu resideixen a Eivissa (ciutat) o a Santa Eulàlia.

Gràfic 16 | *Població de 85 anys o més segons zona de residència (nut).*
Rev. 1-1-2008



En els pròxims anys, es continuarà el procés de canvi en l'estructura de la població de seixanta-cinc anys o més que ja es percep amb l'entrada de les primeres generacions dels anys quaranta. Aquestes noves generacions introduiran un volum més gran d'efectius, més heterogeneïtat en els seus orígens i expectatives de vida més altes.

Autora

SILVIA CARRETERO QUEVEDO

Pollença 1955. Llicenciada en Filosofia i Lletres. Tècnica des de 1990 de l'Institut d'Estadística de les Illes Balears, especialitzada en estadístiques de població, elaboració i anàlisi.

**UNA VISIÓ DE LA GENT GRAN
DES DE LA PERSPECTIVA DELS
INDICADORS SOCIALS. COMPARATIVA
AUTONÒMICA, NACIONAL I EUROPEA**

Una visió de la gent gran des de la perspectiva dels indicadors socials. Comparativa autonòmica, nacional i europea

Margalida Vives Barceló

Resum

L'objectiu principal del present article és analitzar els indicadors socials de les persones més grans de seixanta-cinc anys. Per a complir la nostra finalitat, analitzarem indicadors relacionats amb dades demogràfiques, sanitàries, econòmiques i de serveis socials, completarem la informació amb altres indicadors, com les prestacions socials, les formes de convivència i les relacions socials, així com les actituds de les persones grans. Analitzarem aquestes dades a l'àmbit autonòmic, nacional i europeu.

Al llarg de tot l'article, es fa referència no sols a les dades estàtiques que poden aportar les estadístiques tractades, sinó també als canvis socials que les poden afectar i que fan que la imatge social de les persones grans sempre sigui una fotografia en moviment.

Resumen

El objetivo principal del presente artículo es analizar los indicadores sociales de las personas mayores de 65 años; con la finalidad de cumplir con este objetivo, analizamos los indicadores relacionados con los datos demográficos, sanitarios, económicos y de servicios sociales, completando la información con otros indicadores como son las prestaciones sociales, las formas de convivencia y las relaciones sociales así como las actitudes de las personas mayores. Analizamos pues, los datos a nivel autonómico, nacional y europeo.

Durante todo el artículo se hace referencia no sólo a los datos estáticos que pueden aportar las estadísticas, sino también a los cambios sociales que les pueden afectar y que hacen que la imagen social de las personas mayores siempre sea una fotografía en movimiento.

1.Introducció

Els indicadors socials es configuren com un element important a l'hora de descriure la situació real d'una determinada població. Amb aquest objectiu, pretenem aportar una sèrie de dades en aquest article per tal de destacar informacions que consideram més importants a l'hora de poder fer una fotografia social de la població més gran de seixanta-cinc anys.

Tenint present que parlam de la vessant social, hem cregut necessari no sols aportar les informacions dels ítems més representatius quant a indicadors socials, sinó també completar la informació de la nostra comunitat autònoma amb la de l'àmbit nacional i europeu.

2. Indicadors socials

Els indicadors socials constitueixen una mesura social i, al mateix temps, informen sobre l'estructura; així, aporten una valoració estàtica (fenòmens socials actuals) i dinàmica (canvis socials). Una altra característica important dels indicadors socials és el seu caràcter quantitatiu i, tot i aquesta característica, la seva anàlisi és una de les eines més emprades en estudis actuals sobre l'estructura social.

Tot i aquest caràcter marcadament quantitatiu, hem de tenir presents els elements qualitius que marquen les diferents investigacions sobre indicadors socials; aquests elements apareixen a dos àmbits: el de l'investigador, ja que és qui selecciona l'indicador i qui formula la pregunta de determinada manera, i el de l'enquestat, en el moment en què intervenen en la seva resposta elements com la desitjabilitat social o la manera de respondre a les preguntes plantejades.

Així doncs, s'ha de considerar que un indicador social no sols ens aporta informació sobre un determinat indicador, sinó que, al mateix temps, ens aporta eines per tal de poder encaminar polítiques d'intervenció i/o de prevenció i, finalment, analitzar els resultats dels plans, projectes, actuacions, etc. que s'han duit a terme.

A l'hora d'interpretar les dades obtingudes amb els indicadors socials, hem de tenir present una sèrie d'avantatges i d'inconvenients que ens marquen els resultats. Entre els principals avantatges, seguint Ventero [et al.] (2008), trobam: a) la possibilitat de poder resumir un nombre limitat de xifres de fenòmens inicialment complexos; b) la possibilitat de poder establir relacions a l'espai i al temps i c) la possibilitat de construir elements d'intervenció i de prevenció per a la intervenció social. No obstant això, i seguint també Saco Álvarez (2006), hi ha uns determinats inconvenients que hem de tenir presents a l'hora d'interpretar les dades, com ara: a) la «formalització» o «operativització» dels indicadors avaluats; b) la insuficiència de fonts estadístiques consultades; c) la presència de diverses fonts sobre un mateix indicador; d) la impossibilitat d'accedir a informes que queden inexplorats o e) errades en el tractament i en la interpretació dels resultats obtinguts.

Un cop tenim presents aquestes premisses, caldrà determinar els indicadors socials que hem de tenir en compte en aquest article. Alguns autors, com Saco Álvarez (2006), consideren que hi ha indicadors de satisfacció de necessitats bàsiques, com ara la salut física (que inclou possibilitats de supervivència i mala salut física), l'autonomia (inclou també privació cognitiva) i la possibilitat d'activitat econòmica, i indicadors de satisfacció de necessitats intermèdies, com ara aigua i menjar, habitatge, treball, entorn físic, sanitat, necessitats en la infància, grups de suport, seguretat econòmica, seguretat física, educació i control de la natalitat. Per altres autors, com Sancho [et al.] (2001), els indicadors socials no han d'incloure elements relacionats amb la demografia ni amb l'estat de salut, sinó tan sols els que tenen

a veure amb les relacions socials, la família, les activitats que desenvolupen i les maneres de pensar. A més, amb referència al grup de persones grans, s'inclouria també la significació que comporta el fet d'envellir i la imatge social que formen les persones grans a la societat, segons ells mateixos. El col·lectiu de persones dependents, així com els serveis socials, no estarien inclosos dins els indicadors socials, però sí que estan estretament relacionats amb aquests. Una tercera conceptualització d'indicadors socials englobaria tots els elements que tenen a veure amb aspectes socials, però sense classificar-los com s'ha determinat en la primera opció; així, s'inclouen no sols els que segons Saco Álvarez (2006) són de necessitats bàsiques, sinó també els indicadors relacionats amb feina i jubilació, educació, oci, formes de convivència, religió i espiritualitat, participació, valors i seguretat.

Tenint presents les dades aportades, i seguint Ventero [et al.] (2008), trobam tres possibles indicadors. Així, en aquest article, hem volgut tenir en compte aquesta tipologia; per tant, analitzarem dades que ens aportaran informacions per poder potencialitzar els serveis existents, com ara els centres de dia (indicadors de possibilitat), dades referides a actituds i opinions respecte de determinats ítems, com ara la valoració de la imatge social de les persones grans (indicadors de percepció) i dades com el nombre de persones més grans de seixanta-cinc anys a les Illes Balears (indicadors de resultats).

Per últim, cal destacar que, tot i que hi ha nombrosos indicadors, a l'hora de seleccionar-los hem volgut tenir presents els criteris d'adequació, coordinació, capacitat de comparació i viabilitat que ens recomanen en el seu article Ventero [et al.] (2008).

3. Anàlisi dels indicadors

Tenint presents els elements que hem introduït a l'apartat anterior, analitzarem els indicadors socials en cinc grans blocs. En el primer, resumirem les dades demogràfiques més rellevants dins la nostra comunitat autònoma, com l'estructura, el moviment de la població i els moviments migratoris. A continuació, analitzarem les dades més importants referents a indicadors de salut i dependència. En el tercer bloc, analitzarem els indicadors econòmics. Si triangulam els dos blocs anteriors, s'esdevé el quart, en el qual descriurem els principals serveis per a persones grans. Per últim, al cinquè bloc, inclourem tres subapartats que completaran la informació aportada: protecció social, formes de convivència i relacions socials i, finalment, vida quotidiana i actituds.

3.1. Indicadors demogràfics

L'objectiu d'aquest apartat és remarcar les informacions demogràfiques més importants sobre les persones grans a les Illes Balears; aquestes ens han de servir per contextualitzar les informacions aportades als apartats posteriors.

3.1.1. Estructura de la població

Segons dades de l'Eurostat del 2007 i de l'INE (2008), tenim una població a Europa de prop de quaranta-cinc milions de persones, de les quals un 16,8% són persones més grans de seixanta-cinc anys, percentatge similar al d'Espanya (16,7%), mentre que a les Illes Balears el percentatge és més baix (13,7%). Així, aquestes dades són coherents amb l'índex de dependència, que és lleugerament inferior a les Illes Balears (43,81 enfront del 47,43 autonòmic), i l'índex de joventut, que en aquest cas és més alt a l'àmbit autonòmic (113,69% enfront del 90,46% nacional). Segons el padró municipal del 2007, les Illes Balears se situen en la quarta posició pel que fa a les comunitats autònomes amb l'índex de joventut més alt. Les dades més amunt esmentades també són coherents amb la taxa de mortalitat, lleugerament més alta a Espanya (8,4 per mil enfront del 7,3 per mil autonòmic). Amb tot, hem de recordar que, a l'àmbit nacional, el grup de persones de més de seixanta-cinc anys és el que més s'ha incrementat els últims anys, amb un 3,5% (5,8% a les Illes Balears), tot i que són els més grans de vuitanta anys els que més han ascendit: a un 16,5% (12,0% a les Illes Balears).

Així doncs, Espanya se situa en l'onzena posició pel que fa al percentatge de persones més grans de seixanta-cinc anys, en comparació amb els altres països europeus (Eurostat 2007), mentre que les Illes Balears, si es comparen amb Espanya, se situen en catorzena posició quant a la població més gran de seixanta-cinc anys, i més si es compta la població per milers (83,4 el 1981 i 141,1 el 2007); en canvi, si ens fixam sols en el percentatge, les Illes Balears, segons l'INE (2008), se situaven en el setè lloc, amb un percentatge del 12,7%, mentre que el 2007 era del 13,7%, i se situaven al setzè lloc, al costat de les altres comunitats autònomes.

3.1.2. Població estrangera

Tenint present el moviment intern, el 2007 les Illes Balears se situaven en el segon lloc (després de Castella-la Manxa), amb 4,21 per mil. Externament, i segons l'INE (2008), el percentatge més alt de població estrangera prové de la Unió Europea (85,6%), per davant d'Amèrica (8,8%) i d'Àfrica (1,6%). A la taula següent es pot comprovar que la majoria de població estrangera de la Unió Europea a les Illes Balears procedeix d'Alemanya (85,6%) i del Regne Unit (24,1%). Tot i que a l'àmbit nacional l'ordre canvia i els percentatges entre el primer i el segon lloc no són tan pronunciats, hem de destacar que, a les Illes Balears, un 10,1% de la població més gran de seixanta-cinc anys és estrangera, enfront del 3% a l'àmbit nacional.

Taula 1 | *Persones majors estrangeres. Espanya i Illes Balears*

	Espanya			Illes Balears			
	Total	65+	% 65+	Total	65+	% 65+	% respecte d'Espanya
Total	4.519.554	222.843	100,0	190.170	14.207	100,0	6,4%
Nacionalitats europees	1.895.727	181.407	81,4	100.934	12.588	88,6	6,9%
Unió Europea (27)	1.708.517	168.880	75,8	96.329	12.158	85,6	7,2%
Alemanya	164.405	40.894	18,4	29.189	5.640	39,7	13,8%
Bèlgica	31.412	7.764	3,5	1.562	291	2,1	3,7%
França	100.408	12.174	5,5	7.126	1.130	8,0	9,3%
Països Baixos	44.398	8.121	3,6	2.634	317	2,2	3,9%
Regne Unit	314.951	68.047	30,5	19.803	3.422	24,1	5,0%
POBLACIÓ ESPANYA 65+	7.531.826			141.054			
% Estr. 65+/Pobl. 65+	3,0%			10,1%			

Font: INE (2008: 59)

3.2. Indicadors de salut i de dependència

3.2.1. Estils de vida

Segons l'*Enquesta Nacional de Salut* del 2006 a la qual fa referència l'INE (2008), quasi la meitat de la població nacional (44,9%) té un pes normal; en canvi, si ens fixam solament en les persones de seixanta-cinc a setanta-quatre anys, la majoria tenen sobrepès, un 48% del total (52% en homes i 44,5% en dones), percentatge que disminueix amb l'edat. Tal vegada aquest augment de la massa corporal pot ser explicat pel fet que, a mesura que augmenta l'edat, les persones enquestades manifesten que estan assegudes gairebé tot el dia (55,1% de persones de més de setanta-cinc anys, dels quals un 57% són homes). Les persones d'entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys manifesten, amb un percentatge del 62%, que tenen una activitat física lleugera (drets, caminant, duent algun pes, fent desplaçaments), però cap dels dos grups d'edat no han superat el 0,5% en respostes afirmatives en activitats físiques que requereixen un gran esforç físic (el percentatge més alt el refereixen els homes d'entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys, amb un 0,5%).

Les dones més grans de seixanta-cinc anys manifesten, amb un 17,4%, que dormen menys de sis hores, percentatge que és elevat comparat amb el 8,5% de persones de qualsevol edat i sexe que dormen menys de sis hores. La majoria de persones dormen entre sis i set hores (43,1%) o entre vuit i nou hores (41,2%). Tot i que són percentatges semblants, si ens referim a les persones més grans de seixanta-cinc anys, aquestes manifesten en primera opció que dormen entre vuit i nou hores (38,8% de persones entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys i 36,1% de persones de més de setanta-cinc anys).

Respecte del consum de tabac i d'alcohol, no hi ha diferències significatives entre les respostes de la població general i les respostes aportades per la població més gran de seixanta-cinc anys en el primer ítem. Un 80% dels homes afirmen que han consumit alcohol (enfront d'un 19,7% que no), tot i que continuen sent les dones, i de més edat, les que responen que no han consumit alcohol (68,4%). Respecte del consum de tabac, la resposta majoritària és la que afirma que mai no ha fumat (50% de la població general, 62,7% entre les persones de seixanta-cinc i setanta-quatre anys i 69,6% entre els de més de setanta-cinc anys). Si fumen, la població general ho fa diàriament (26,4%), mentre que la població gran afirma que fumava, però que ara no ho fa (25,8% i 25,6%). Quasi totes les dones de més de setanta-cinc anys afirmen que mai no han fumat (95,6%), seguides de les d'entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys (86,9%).

Per últim, cal destacar que els fets de ser dona i de tenir més edat són dos indicadors de bons hàbits quant a alcohol i tabac, però aquests mateixos indicadors esdevenen indicadors de risc si ens fixam en els accidents. Així, un 16,7% de dones més grans de setanta-cinc anys varen tenir algun accident, segons dades aportades el 2006 (INE 2008), mentre que el percentatge total de persones més grans de seixanta-cinc anys era del 10,4%. Cal destacar també que, si comparam els percentatges d'accidents en el darrer any per edats, no hi ha diferències significatives entre persones de més de seixanta-cinc anys i les de menys edat (10,4% i 10,5%); en canvi, si afegim la variable del sexe, els homes més grans de seixanta-cinc anys tenen menys accidents (6%) que els més joves de seixanta-cinc anys (12,1%). Aquestes dades s'inverteixen en el cas de les dones, que manifesten que solament un 8,7% de les més joves de seixanta-cinc anys han tingut un accident en els darrers dotze mesos, enfront del 13,8% de les més grans de seixanta-cinc anys. El lloc de l'accident també ens aporta informació sobre la tipologia d'accidents que ocorren: així, tant homes com dones més grans de seixanta-cinc anys asseguren que el lloc on hi ha més accidents és la casa (3,4% per als homes i 8,7% per a les dones), mentre que en segon lloc s'esmenta el carrer, però no el trànsit, per a les dones (3%) i els homes (1,6%) més grans de seixanta-cinc anys. Per als més joves de seixanta-cinc anys, el lloc on es produeixen més accidents és, en primera posició, el lloc de feina o d'estudi, amb un 4,2%, tal i com es mostra a la taula següent:

Taula 2 | *Percentatge de persones que han tingut accidents, per sexe i grup d'edat*

	Ambdós sexes			Homes			Dones		
	Total	De 16 a 65 anys	65 anys o més	Total	De 16 a 65 anys	65 anys o més	Total	De 16 a 65 anys	65 anys o més
% Total de persones que han tingut accidents	10,4%	10,4%	10,5%	11,2%	12,1%	6,0%	9,6%	8,7%	13,8%
Casa, escales	3,2%	2,5%	6,4%	2,1%	1,9%	3,4%	4,2%	3,1%	8,7%
Accidents de trànsit al carrer o a la carretera	1,7%	0,4%	1,9%	2,0%	2,3%	0,4%	1,4%	1,6%	0,5%
Al carrer però no de trànsit	1,7%	1,5%	2,8%	1,5%	1,5%	1,6%	1,9%	1,5%	3,7%
A la feina o lloc d'estudi	2,4%	2,8%	0,1%	3,6%	4,2%	0,1%	1,2%	1,4%	0,0%
Altres llocs	1,4%	1,5%	0,6%	1,9%	2,1%	0,5%	0,9%	0,9%	0,7%
No consta	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%

Font: INE (2008: 63)

3.2.2. Estat de salut

En aquest apartat volem fer referència a quatre indicadors principals: per una banda, l'esperança de vida; en segon lloc, les principals malalties; en tercer lloc, ens centrarem en els principals indicadors hospitalaris i, finalment, quadrarem la informació aportada amb dades subjectives basades en les opinions sobre el sistema sanitari.

De sobra és conegut que l'esperança de vida augmenta a mesura que passen els anys i que aquesta és més elevada per a les dones que per als homes. Així doncs, en aquest apartat, simplement volem deixar constància de l'evolució que ha tingut i de la projecció d'aquesta, des del 1900 fins al 2030. Per completar la informació, ens hem detingut en la situació actual, de la qual hem extret de diferents fonts (INE 2008; Eurostat 2008) les dades autonòmiques, nacionals i europees. Tal i com es pot observar, no hi ha diferències significatives entre les esperances de vida d'aquests tres llocs. Amb tot, podem destacar que, a l'àmbit europeu, tant la taxa de l'esperança de vida en néixer com l'aportada als seixanta-cinc anys és inferior a l'autonòmica i a la nacional.

Taula 3 | *Esperança de vida, per sexes. Nacional, europeu i autonòmic*

Anys	En néixer				Amb 65 anys			
	Total	Homes	Dones	Diferència	Total	Homes	Dones	Diferència
1900	34,8	33,9	35,7	1,8	9,1	9,0	9,2	0,2
1950	62,1	59,8	64,3	4,5	12,8	11,8	13,5	1,7

Anys	En néixer				Amb 65 anys			
	Total	Homes	Dones	Diferència	Total	Homes	Dones	Diferència
2000	79,4	76,1	82,8	6,8	18,8	16,7	20,7	3,9
2006	80,85	77,59	84,09	6,5	19,29	17,72	21,66	3,94
UE		74,6	80,9	6,3		15,5(**)	19,4(**)	
Illes Balears	81,05	77,94	84,27	6,33				
2010*	81,6	78,3	84,8	6,5				
2020*	82,9	79,8	86,0	6,2				
2030*	83,9	80,9	86,9	6,0				

(*) Projeccions. (**) Dades de 2004

Font: Elaboració pròpia

És evident, però, que necessitam completar aquesta informació amb l'esperança de vida lliure de discapacitat. Segons les dades aportades a l'INE (2005) i explicades a l'informe de les persones grans de l'INE (2008: 90), per a les persones de seixanta-cinc anys l'esperança de vida és de 18,8 anys, tot i que davalla als 12,2 pel que fa a l'esperança de vida lliure de discapacitat, i hi ha un 6,7 d'expectativa de discapacitat. Si bé l'esperança de vida tant lliure de discapacitat (16,7 per a homes i 20,6 per a dones) com amb discapacitat (11,7 per a homes i 12,6 per a dones) és més baixa en els homes que en les dones, també ho és l'índex d'expectativa d'incapacitat, que se situa en un 5,0 (8,1 per a les dones). Així doncs, si bé les dones tenen una esperança de vida més elevada, també ho és l'expectativa d'incapacitat.

A continuació ens centrarem en les malalties, ja que a l'apartat posterior tornarem a parlar de la discapacitat en persones grans. El sexe i l'edat tornen a configurar-se com un indicador de risc i són un altre cop les dones més grans de setanta-cinc anys les que manifesten el percentatge més alt de malalties declarades, amb un 48,4% segons dades de l'INE (2008). Si bé els percentatges en la població general se situen entre el 17,1% per a homes i el 24,8% per a dones, aquests augmenten a 29,6% per a homes i a 44,2% si solament ens fixam en la població més gran de seixanta-cinc anys. Seguint les dades de l'INE (2006), les tres malalties amb els percentatges més alts per a les dones són l'artrosi, l'artritis o el reumatisme, la hipertensió arterial i el mal d'esquena crònic (66,5%, 53% i 39,3% respectivament), mentre que per als homes ho són la hipertensió arterial (41%), l'artrosi, l'artritis o el reumatisme (38,%) i el colesterol elevat (23,%). Volem completar aquesta informació i destacar que les altres malalties declarades, com són varius a les cames, cataractes, depressió o diabetis, se situen per als homes en percentatges al voltant del 14,74% i per a les dones els percentatges augmenten al 27,98% de mitjana. Completam aquesta informació amb el percentatge de medicaments que, segons dades de l'Enquesta Nacional de Salut del 2006, es consumien segons sexe i lloc:

Taula 4 | *Percentatge de consum de medicaments per grups d'edat*

	Total	Homes	Dones
Total	61,8	54,5	68,8
55-64	80,1	74,3	85,5
65-74	88,9	85,0	91,8
75 anys o més	93,4	90,8	95,3

<i>Percentatge de població de 65 anys o més que ha consumit medicaments en les dues últimes setmanes</i>			
Espanya	91,7	87,8	93,8
Illes Balears	91,7	90,2	92,3

Font: Elaboració pròpia

Les persones, en general, perceben el seu estat de salut com a «bo» (48,6%), enfront d'un 22,5% que el percep com a «regular» i un 21,4%, com a «molt bo». En canvi, les persones més grans de seixanta-cinc anys tendeixen a percebre el seu estat de salut com a «regular», especialment les persones més grans de setanta-cinc anys (43,7%). Solament els homes d'entre seixanta-quatre i setanta-quatre anys encara puntuen més alt en la percepció com a «bo» (45,5%). El percentatge més alt de persones que perceben el seu estat de salut com a «molt dolent» són les dones més grans de seixanta-cinc anys, amb un percentatge del 5,9%.

Tenen relació aquestes dades amb el sistema sanitari? És possible; segons INEBASE (2005: 2), les Illes Balears mantenen gairebé les mateixes xifres quant a indicadors bàsics referents a centres hospitalaris: 3,4 (a l'àmbit nacional) i 3,3 (a l'àmbit autonòmic) de llits en funcionament per cada mil habitants, tot i que hi ha una capacitat mitjana d'hospitals més petita en comparació amb la mitjana nacional (161,2 enfront del 209,6) i un percentatge inferior d'ocupació (78,5% enfront d'un 81,1%). És important també destacar que, en canvi, superen la mitjana nacional pel que fa a la totalitat del personal (3,5% enfront del 2,9%), personal sanitari (2,6% enfront del 2,1%) i personal no sanitari (0,9% enfront del 0,8%) per llit en funcionament. Així doncs, podem afirmar que els indicadors sanitaris bàsics són més bons a la nostra comunitat autònoma que els aportats com a mitjana nacional. La taula següent aporta les dades principals dels hospitals, amb una comparació autonòmica i nacional basada en les dades de l'INE (2008):

Taula 5 | Nombre d'hospitals i llits

Hospitals per comunitat autònoma i dependència funcional 2007							
	Total	SNS	Admin. penitenciària	CCAA	Diputació o cabildo	Municipi	Altres públics
Total	800	217	2	9	16	3	54
Balears (Illes)	23	4	0	3	1	0	3

Llits per comunitat autònoma i dependència funcional 2007							
Total	160.292	87.822	574	901	2.882	584	10.892
Balears (Illes)	3.717	1.155	0	343	166	0	752

Hospitals per comunitat autònoma i dependència funcional 2007						
	Ministeri de Defensa	MATEP	Privat benèfic (Creu Roja)	Privat benèfic (Església)	Altres privats benèfics	Privat no benèfic
Total	8	22	8	56	56	349
Balears (Illes)	0	1	1	1	0	9

Llits per comunitat autònoma i dependència funcional 2007						
Total	1.458	1.741	896	11.898	7.186	33.458
Balears (Illes)	0	40	84	150	0	1.027

SNS (Sistema Nacional de Salut), MATEP (Mútues d'Accidents de Treball i Malalties Professionals)
 Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE (2008a)

Completam aquest apartat amb dues dades més: per una banda, l'accessibilitat temporal a la consulta mèdica, que se situa en un 66,9% de manera general (67,7% per a persones més grans de seixanta-cinc anys) i, per altra banda, la utilització d'urgències, que presenta percentatges similars tant per sexe com per edat (29,6% per a homes i 31,9% per a dones), ja que aquest augmenta lleugerament a mesura que augmenta l'edat (32,4% en el grup de setanta-cinc anys o més) i la persona és de sexe femení (32,7% en dones de setanta-cinc anys o més).

Per últim, hem de comentar que, segons el baròmetre sanitari del 2006 (INE 2008), les persones més grans de seixanta-cinc anys creuen que el sistema sanitari funciona bé, tot i que necessita canvis (47,4%), encara que un 31,4% (enfront d'un 19,2% de la població general) creu que el sistema sanitari funciona «bastant bé». Així, la puntuació mitjana que donen al sistema sanitari és 0,7 punts més alta que la de la població més jove de seixanta-cinc anys; per tant, per a la població més gran de seixanta-cinc anys se situa en un 6,8.

3.2.3. Discapacitat

A l'àmbit nacional, les persones més grans de seixanta-cinc mostren un índex de discapacitat més elevat que la població de sis a seixanta-quatre anys. Així, i segons l'INE (2008), la taxa per mil se situa en un 85,5 per a ambdós sexes per a totes les edats. Si agafam de referència solament els de seixanta-cinc anys o més, aquesta es dispara al 302,7 per mil per a ambdós sexes (349,0 per mil a les dones) i a 514,6 amb les persones més grans de vuitanta anys (568,9 si solament tenim com a referència les dones). Les discapacitats o limitacions més importants se centren en problemes de mobilitat i de vida domèstica, tant per a la població general com per a la població més gran de seixanta-cinc anys, independentment del sexe. Solament els homes puntuen més en limitacions en autocures que en vida domèstica com a segona principal limitació o mobilitat.

A l'àmbit autonòmic, i segons l'INE (2008b), les persones de seixanta-cinc anys o més que presenten alguna discapacitat sense ajuda per realitzar les ABVD¹ són majoritàriament dones (72,9% sense ajuda). Són majoria les persones més grans de seixanta-cinc anys amb alguna discapacitat (sigui quina sigui) que no reben cap ajuda. Cal destacar que, segons les dades aportades a l'INE (2008b), 19,0 milers de persones tenen una discapacitat total i no reben ajudes, enfront de les 10,1 amb discapacitat total que sí les reben. Aquestes ajudes, segons l'INE (2008a) i tenint presents les dades autonòmiques, es basen en dues tipologies: d'assistència o ajuda personal (32%) per a persones més grans de seixanta-cinc anys, o bé ajudes tècniques (7,8%); un 33,4% de les persones grans empen ambdós tipus d'ajudes, més els homes (36,4%) que les dones (32,4%), les quals empen majoritàriament solament les personals (35,2%).

Taula 6 | *Persones de 65 anys o més amb alguna discapacitat per a les ABVD segons el màxim grau de severitat (sense ajudes) per sexe Illes Balears*

	Total	Discapacitat moderada	Discapacitat severa	Discapacitat total	No consta
Ambdós sexes	27,2	3,7	3,5	19,0	1,5
Homes	7,5	1,2	1,1	4,9	14,1
Dones	20,0	2,6	2,5	14,1	1,1

¹ Sientén com a «activitat bàsica de la vida diària» (ABVD), segons l'INE (2008): rentar-se, tenir cura de les parts del cos, higiene personal relacionada amb la micció, higiene personal relacionada amb la defecació, higiene personal relacionada amb la menstruació, vestir-se i desvestir-se, menjar i beure, cura de la pròpia salut (complir les prescripcions mèdiques, evitar situacions de perill, adquisició de béns i serveis), preparar menjar, realitzar les tasques de la llar, canviar les postures corporals bàsiques, mantenir la posició del cos, desplaçar-se dins la llar, desplaçar-se fora de la llar, ús intencionat dels sentits (mirar, escoltar...) i realitzar tasques senzilles.

Persones de 65 anys o més amb alguna discapacitat per a les ABVD segons el màxim grau de severitat (amb ajudes) per sexe Illes Balears

	Total	Sense dificultat	Discapacitat moderada	Discapacitat severa	Discapacitat total	No consta
Ambdós sexes	22,8	1,7	3,7	5,7	10,1	1,5
Homes	6,0	0,8	1,1	0,9	2,9	0,4
Dones	16,7	1,0	2,7	4,7	7,3	1,1

Persones de més de 65 anys amb alguna discapacitat segons tipus d'ajuda per grups d'edat i sexe (Espanya)

Homes	13,1	18,0	14,8	47,5	6,6
Dones	6,0	16,1	28,0	43,5	6,5

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE (2008a, 2008b)

Segons l'INE (2006), a l'*Enquesta sobre Condicions de Vida de les Persones Grans* (INE 2008a), les principals dificultats que troben les persones grans a l'àmbit nacional són a l'hora d'utilitzar el transport públic (un 20,5%) i de banyar-se o dutxar-se (tot i que, del 13,8%, un 10,9% ho pot realitzar amb ajuda); en segon lloc, el que no poden fer sense ajuda és fer gestions (7,0%) i, en tercer lloc, fer compres (5,3%).

Completam aquest apartat amb una comparativa nacional i autonòmica sobre els grups d'edat que tenen alguna discapacitat, per sexe.

Taula 7 | Nombre de persones amb discapacitat; grups d'edat, sexe. Nacional i autonòmic

	De 6 a 64 anys			De 65 anys o més			De 6 a 44 anys		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Total Nacional	3.787,4	1.510,9	2.276,5	2.227,5	756,7	1.470,7	608,2	345,1	263,1
Balears (Illes)	68,8	26,3	42,5	34,4	9,9	24,4	16,4	8,4	8,0
				Taxes per 1.000 habitants					
Total Nacional	89,7	72,6	106,4	302,7	240,7	349,0	25,4	28,1	22,6
Balears (Illes)	71,0	54,1	87,9	245,8	163,1	310,3	28,1	28,0	28,1
	De 45 a 64 anys			De 65 a 79 anys			De 80 anys o més		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Total Nacional	951,9	409,1	542,8	1.201,7	454,8	746,8	1.025,8	301,9	723,9
Balears (Illes)	18,0	7,9	10,2	17,8	5,6	12,1	16,6	4,3	12,3
				Taxes per 1.000 habitants					
Total Nacional	87,2	76,2	98,0	224,0	187,7	253,8	514,6	418,6	568,9
Balears (Illes)	73,4	64,0	82,8	173,3	118,7	220,1	446,0	318,3	519,6

Font: INE (2008: 131)

3.2.4. Mortalitat

La taxa de mortalitat a les Illes Balears l'any 2006 (INE 2008a) era de 724,2 per cada 100.000 habitants; 759,3 per als homes i 689 per a les dones. Evidentment, a mesura que augmenta l'edat, aquesta taxa també augmenta i passa dels 1.705,6 per als homes d'entre seixanta-cinc i seixanta-nou anys a 17.207,4 per als homes de vuitanta-cinc anys o més; per a les dones, les taxes són més baixes i passen a solament un 609,9 a les dones d'entre seixanta-cinc i seixanta-nou anys i a 14.352,9 a partir dels vuitanta-cinc anys. Per sexes, la taxa nacional per 100.000 habitants se situava en 4.834 per als homes (totes les causes) i 3.070 per a les dones. Pel que fa als homes, els problemes circulatoris (956) i els tumors (841) eren les dues principals causes, igual que per a les dones, però amb taxes més diferenciades (1.276 per a les malalties circulatories i 593 per als tumors).

A l'àmbit nacional, i seguint les dades de *Defuncions segons la causa de mort (2006)* (INE 2008a: 118), de les 306.822 morts del 2006 en persones més grans de seixanta-cinc anys, la principal causa varen ser els problemes circulatoris, amb 109.091 defuncions, seguides dels tumors (74.925), les malalties mentals (11.687) i les respiratòries (11.687). Prenent solament les dues primeres causes, a l'àmbit nacional, de cada 1.000 defuncions, 413,38 eren degudes a problemes circulatoris (285,51 en homes i 449,98 en dones) i 273,73 a tumors (325,24 en homes i 217,32 en dones). A l'àmbit europeu, les circulatories davallen a 325,08 (376,78 en homes i 368,40 en dones) i a 259,57 en tumors (290,98 en homes i 228,17 en dones). La taula següent explica amb més detall les causes de mortalitat per trams d'edat per cada 100.000 habitants a l'àmbit nacional.

Taula 8 | *Taxes de mortalitat per causes i edat 2006*
(per 100.000 habitants de cada grup d'edat)

Grups d'edat	Totes les causes	II. Tumors	V. Trastorns mentals i del comportament	IX. Malalties del sistema circulatori	X. Malalties del sistema respiratori	VI-VIII. Malalties del sistema nerviós i dels sentits
Totes les edats	843,0	230,7	27,5	274,0	89,7	35,7
65-69 anys	1.190,6	551,6	10,6	301,6	84,6	31,6
70-74 anys	1.962,2	796,4	22,9	556,2	174,9	66,7
75-79 anys	3.400,4	1.079,7	77,1	1.087,3	369,0	157,7
80-84 anys	6.224,2	1.450,6	225,2	2.247,1	761,3	354,3
85-89 anys	10.905,6	1.772,1	572,8	4.306,9	1.466,1	600,3
90-94 anys	19.198,2	2.020,4	1.255,5	8.023,0	2.804,6	810,8
95 anys o més	30.151,1	2.046,9	2.078,7	13.146,7	4.587,5	877,0

Font: INE (2008: 117)

Respecte de la mortalitat evitable, hi ha dues variables a tenir en compte: per una banda, les morts per malalties sensibles a la prevenció primària i, per altra banda, les sensibles a les cures mèdiques. Quant a la primera, segons les dades de l'INE (2008b) i tenint present el tram del 2002 al 2006, per cada 10.000 defuncions a l'àmbit nacional parlem de 412,64, mentre que a l'àmbit autonòmic se situa al 455,30; quant a la segona, les cures mèdiques, a l'àmbit nacional la taxa es troba al 82,42 i a les Illes Balears al 100,5. Tot i que és més elevada a l'àmbit autonòmic, les diferències no són tan pronunciades com quan es pren com a referència la variable sexe, sobretot a la primera variable (prevenció primària), ja que la taxa als homes se situa al 638,26 a l'àmbit nacional i al 682,29, enfront del 167,01 i 203,02 respectivament, per a les dones. Aquestes referències no són tan pronunciades a les cures mèdiques, per tant, considerem que és un element prou important com per prendre mesures de sensibilització a la prevenció primària en el grup d'homes.

3.3. Indicadors econòmics

3.3.1. Renda

Fent una comparativa a l'àmbit europeu, les rendes mitjanes d'Espanya se situen, el 2006 i segons l'INE (2008a), en 11.434 €; 12.033 € per a les persones més joves de seixanta-cinc anys i 8.792 € per a les persones més grans de seixanta-cinc anys. A Europa, si tenim com a referència els vint-i-cinc països, la mitjana se situa en 13.815 €, mentre que aquesta augmenta a 15.522 € si solament es pren com a referència la UE-15. Cal comentar que, tot i les diferències bastant pronunciades en les rendes mitjanes de tot Europa, amb aquestes xifres Espanya ocupa la catorzena posició, si tenim presents les rendes mitjanes de la UE-25. Luxemburg ocupa el primer lloc (29.948 € per a més joves de seixanta-cinc anys i 28.492 € per a persones més grans de seixanta-cinc anys) i Polònia té la renda mitjana més baixa, amb 3.111 € per a totes les edat. La taula següent completa la informació donada i aporta informació sobre els trams d'edat (seixanta-cinc anys o més i setanta-cinc anys o més) i sexe sobre les rendes mitjanes equivalents de les persones més grans de seixanta-cinc anys respecte de les més joves de seixanta-cinc anys de la Unió Europea (INE 2008a):

Taula 9 | *Rendes mitjanes, per grups d'edat i sexe. Europeu i nacional*

	UE-25	UE-15	Espanya
Totes les edats	13.815	15.522	11.434
Més joves de 65 anys	14.185	16.001	12.033
65 anys o més (homes)			
% respecte dels més joves de 65 anys d'ambdós sexes	93	88	76
% respecte de la mitjana nacional	95	91	80

	UE-25	UE-15	Espanya
65 anys o més (dones)			
% respecte dels més joves de 65 anys d'ambdós sexes	84	82	71
% respecte de la mitjana nacional	87	85	75
75 anys o més (homes)			
% respecte dels més joves de 65 anys d'ambdós sexes	89	84	69
% respecte de la mitjana nacional	91	87	73
75 anys o més (dones)			
% respecte dels més joves de 65 anys d'ambdós sexes	81	78	67
% respecte de la mitjana nacional	83	81	70

Font: INE (2008a:109)

3.3.2. Pobresa

Abans d'analitzar les taxes de pobresa, cal remarcar primer la taxa de risc de pobresa, és a dir, el percentatge de llars per davall del llindar del 60% de la renda mitjana equivalent i el valor del llindar de la pobresa. En aquest sentit, la taxa europea (UE-25) se situa al 16% a totes les edats i al 19% als més grans de seixanta-cinc anys. Si només tenim en compte la UE-15, les dades són similars, solament augmenta un punt el grup dels més grans de seixanta-cinc anys, que se situa al 20%; en canvi, a Espanya, les diferències són més pronunciades i el risc també augmenta. La taxa a totes les edats és del 20% i la dels més grans de seixanta-cinc anys passa al 31% i a un 34% per a persones més grans de setanta-cinc anys (24% a la UE-15 i 22% a la UE-25). Si en comptes de prendre com a referència el 60% es té el 40%, tenint com a referència la forma de convivència el 2006 (INE 2008a), la parella gran, a l'àmbit nacional, té una taxa de pobresa del 30%, que augmentat al 48% si són persones soles, especialment si es tracta d'una dona, en aquest cas augmenta fins al 52%. A la UE-15, viure sol augmenta al 27% (26% la UE-25) i al 30% a les dones (UE-25 al 28%). Aquestes taxes davallen a mesura que augmenta el nivell d'estudis. Així, a l'àmbit nacional, es passa del 30% en persones que han cursat com a màxim estudis de primera etapa de secundària (23% a la UE-25 i 24% a la UE-15), 17% per als més grans de seixanta-cinc anys que han cursat fins a la segona etapa de secundària (11% a la UE-25 i 12% a la UE-15) i solament és d'un 6% per als qui han realitzat estudis superiors (7% a la UE-25 i 8% a la UE-15). Cal destacar que solament en aquest cas la taxa nacional és inferior a l'europea. Tenir un habitatge de lloguer augmenta la taxa de pobresa per a les persones més grans al 33% a l'àmbit nacional (19% a la UE-25 i 17% a la UE-15) i no hi ha grans diferències si es té en propietat, ja que la taxa se situa al 30%.

Taula 10 | Taxes de pobresa dels més grans de 65 anys segons formes de convivència, nivells d'estudis i règim d'habitatge

	UE-25	UE-15	Espanya
Formes de convivència			
Parella gran	16	17	30
Tot sol (ambdós sexes)	26	27	48
Tot sol (homes)	20	21	33
Tot sol (dones)	28	30	52
Nivell d'estudis			
Fins a primera etapa de secundària	23	24	30
Segona etapa de secundària	11	12	17
Estudis superiors	7	8	6
Règim d'habitatge			
En propietat	19	21	30
En lloguer	17	17	33

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE (2008a: 199-203)

3.3.3. Actius i deutes familiars

Pel que fa als actius reals, la gran majoria de persones tenen un percentatge del 99,1%, segons el cap de família i amb dades relatives al 2005 (INE 2008a). El grup de persones d'entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys tenen un percentatge lleugerament superior al de la mitjana (99,5%). D'aquests actius, el principal sol ser l'habitatge (88,4% per a persones grans d'entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys i 83,7% de persones més grans de setanta-cinc anys), o altres propietats immobiliàries (39% i 28,6% respectivament). En canvi, la tercera opció és, per al total de la població, negocis per feines per compte propi; en canvi, per als més grans de seixanta-cinc anys, el tercer actiu real són joies, obres d'art o antiguitats (20,7% per a persones d'entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys i 12,6% de persones més grans de setanta-cinc anys).

Taula 11 | Actius reals de les llars segons l'edat del cap de família 2005

	Qualque actiu	Actius reals				
		Qualque actiu real	Habitatge principal	Altres propietats immobiliàries	Negocis de treballs per compte propi	Joies, obres d'art, antiguitats
Llars que disposen de l'actiu (%)						
Totes les llars	99,1	87,4	81,3	34,5	11,1	19,3
De 65 a 74 anys	99,5	92,2	88,4	39,0	4,4	20,7
De 75 anys o més	99,1	87,4	83,7	28,6	1,2	12,6
Valor mitjà de l'actiu per a les llars que en posseeixen (milers d'euros)						
Totes les llars	204,3	210,4	180,3	103,1	60,5	2,7
De 65 a 74 anys	189,3	180,7	156,0	77,0	38,0	2,5
De 75 anys o més	135,8	150,2	125,1	90,2	11,4	1,8

Font: INE (2008: 207)

Els actius financers se centren bàsicament en comptes i dipòsits per realitzar pagaments, tot i que davallen a mesura que augmenta l'edat (96,5% per a la població general, 91% per al tram d'entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys i 88,1% per a les persones més grans de setanta-cinc anys). En segon lloc, per a les persones més grans de seixanta-cinc anys se situen, però bastant enfora ja, els comptes i dipòsits que no són emprats per realitzar pagaments (19,9% i 19,8% respectivament). Per a la població general, la segona opció són els plans de pensió i les assegurances de vida, d'inversió o mixtes (29,3%).

Tot i aquests actius, hem de tenir presents dues dades negatives: la primera, les llars que no poden afrontar les despeses i els deutes de les llars. En el primer cas, segons les dades de l'INE (2008a), l'edat suposa un entrebanc a l'hora de poder realitzar determinades despeses, especialment a l'hora de realitzar vacances almenys una setmana l'any (51% de persones grans enfront del 14%) o mantenir un habitatge amb una temperatura adequada (9% enfront del 14% de persones més grans de seixanta-cinc anys). Aquestes diferències no són tan pronunciades pel que fa a la capacitat de poder afrontar despeses imprevistes, ja que la diferència solament és de 10 punts (41% de persones grans enfront del 31% del total). Sobra dir que el sexe també augmenta els percentatges de llars que no poden permetre's aquestes despeses, especialment pel que fa a vacances (57%) i despeses imprevistes (49%).

Si fins ara hem comprovat que, a mesura que augmentava l'edat, hi havia un risc quant a indicadors de salut i a l'àmbit econòmic, quan es tenen en compte els deutes que tenen les persones grans, cal dir que són molt més petits els percentatges de llars que tenen deutes pendents (3,7% de persones grans d'entre seixanta-cinc a setanta-quatre anys i un 1,9% de persones més grans de setanta-cinc anys), mentre que el percentatge de la població general gira al voltant del 26,1%. Aquest fet s'explica perquè sol ser o bé la hipoteca (25,3%) o bé algun tipus de crèdit personal (24,6%) la tipologia de deute de la població general. Amb tot, cal tenir presents aquests deutes de les persones grans per tal de poder assegurar una qualitat de vida i donar les ajudes econòmiques necessàries per poder garantir-los drets bàsics, com un habitatge digne, alimentació i vestimenta.

3.3.4. Treball i jubilació

Abans de començar aquest apartat, cal comentar que les dades, si bé són relativament recents, poden no reflectir la realitat actual, a causa de la situació de crisi econòmica i global que ens toca viure en l'actualitat. No obstant això, ens centrarem en les dades de què disposam per analitzar, en tot cas, els moments previs a aquesta situació. Conscients d'aquesta situació, volem deixar constància del darrer històric quant a l'evolució de les taxes de feina entre els homes de seixanta-cinc anys o més a Espanya i a la UE-15, des del 1995 al 2007:

Taula 12 | Evolució de les taxes de feina dels homes de 65 anys o més a Espanya i a la UE-15 (1995-2007)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UE-15	5,7	5,6	5,5	5,3	5,2	5,2	5,2	5,5	5,5	5,5	5,6	5,9	6,3
55-64 anys	47,0	47,0	47,1	47,2	47,3	47,6	48,3	49,8	51,3	52,0	53,3	54,1	55,3
Espanya	3,0	2,7	2,3	2,3	2,5	2,5	2,6	2,3	2,4	2,5	3,1	3,3	3,2
55-64 anys	47,9	50,1	51,2	52,8	52,1	54,7	57,8	58,2	59,3	58,5	61,0	61,3	61,9

Font: INE (2008a: 213)

Taula 13 | Evolució recent de la taxa de feina total i dels homes i de les dones de més de 55 anys (1r trimestre del 2005-segon trimestre del 2008)

Anual	Espanya		Illes Balears	
	Homes	Dones	Homes	Dones
16 anys o més				
2005 (IIT)	63,7	40,8	70,6	50,8
2006 (IIT)	64,7	42,4	71,0	52,0
2007 (IIT)	65,1	43,7	71,4	52,3
2008(IIT)	63,3	44,1	68,9	51,4
55 anys o més				
2005 (IIT)	26,8	10,7	31,7	14,8
2006 (IIT)	27,7	11,2	35,0	15,2
2007 (IIT)	27,3	11,8	33,3	15,7
2008(IIT)	28,0	12,4	31,4	16,6

Font: INE (2008a: 150)

Continuant en aquest any, el 2007 (INE 2008a: 210), a l'àmbit europeu la taxa d'ocupació a partir dels cinquanta-cinc anys ronda el 53%, tant a Espanya com a Europa i, a mesura que augmenta l'edat, aquesta taxa disminueix i passa a un 55% per a Espanya i a un 58% a la UE-27 per als grup d'entre seixanta a seixanta-quatre anys i augmenta a un 33% a Espanya i un 29% a la UE-27 per a edats compreses entre els setanta i setanta-quatre anys. És important tenir com a referència aquesta darrera dada, especialment si tenim com a referència d'edat de jubilació els seixanta-cinc anys. Però, és real aquesta edat de seixanta-cinc anys com a referència de l'edat de la jubilació? Segons l'Eurostat (INE 2008a), l'edat mitjana de sortida del mercat laboral (ponderada per la probabilitat de sortida del mercat laboral) ha anat evolucionant tant a l'àmbit nacional com europeu. Així, a l'àmbit nacional, el 2001 se situava als seixanta anys per als homes i als 60,6 per a les dones, mentre que al 2005 l'edat era de seixanta-dos anys per als homes i 62,8 per a les dones, fins a arribar el 2006 als 61,8 anys pels homes i als 62,3 anys per a les dones. Així, podem comprovar que, si bé semblava que anava augmentat l'edat de jubilació, aquesta es va estancar als 62,1 anys entre el 2005 i 2006 i va disminuir 0,4 punts en el darrer any analitzat a la comparació.

A continuació, incorporam les dades actualitzades de la nostra comunitat autònoma i les comparem amb les nacionals. En aquesta taula, es pot comprovar que la taxa d'ocupació és superior a l'àmbit autonòmic (65,5% autonòmic enfront d'un 59,8% nacional), tant per al total de la població com per a la població més gran de cinquanta-cinc anys. Respecte de la taxa de desocupació de persones més grans de cinquanta-cinc anys, els percentatges oscil·len al voltant del 93,5% a l'àmbit nacional i al 95,3% a l'àmbit europeu i el grup de dones més grans de cinquanta-cinc anys és el que puntua més alt en aquesta taxa, amb un 97,4%. En canvi, a la taxa d'atur, aquest mateix grup (dones més grans de cinquanta-cinc anys a les Illes Balears) té el percentatge més baix, amb un 2,6% enfront del 6,5% nacional i del 4,7% autonòmic. En aquest cas, aquesta dada contrasta amb la del mateix grup a l'àmbit nacional, que té la mitjana al 7,5%. Completant aquesta informació, detallam l'evolució de les dades del grup que acabam d'esmentar, des del primer trimestre del 2005 fins al segon trimestre del 2008, de les persones més grans de cinquanta-cinc anys, per sexe, i la comparem amb el grup de setze anys o més, tant a l'àmbit nacional com autonòmic.

El grup de cinquanta-cinc a seixanta-nou anys manifestà a l'*Enquesta de Població Activa del 2006* (INE 2008a: 215) que havia fet feina entre setze i trenta-cinc anys (44,6%). En canvi, els dos grups de més edat (de seixanta a seixanta-quatre anys i de seixanta-cinc a seixanta-nou anys) manifestaren que havien fet feina més de trenta-sis anys (50,2% i 54,2% respectivament). Obtenim la mateixa resposta si la pregunta es fa per sectors. Les persones que han treballat en el sector de serveis manifesten majoritàriament (47,7%) que han treballat de setze a trenta-cinc anys. Per a aquesta mateixa resposta, tenim en el sector agrícola un 40,1%; en el de la construcció, un 42,5% i en el de la indústria, un 49,2%. Si s'ha fet feina per compte propi, els percentatges s'igualen bastant quant a anys de feina (39,6% entre setze i trenta-cinc anys treballats i 39,9% més de trenta-sis anys treballats); no

tant quan la feina la fan per altres (un 45,1% afirma que han treballat entre setze i trenta-cinc anys enfront dels 35,9% que ho han fet més de trenta-sis anys). Si analitzam més amb profunditat aquestes dades, crida l'atenció que les respostes majoritàries s'inclinen a la resposta de «trenta-sis anys o més» per als homes, independentment del sector en què hagin fet feina o de si aquesta ha estat realitzada per compte propi o per altres. Les dones, també independentment de la resposta, afirmen que han treballat majoritàriament «de setze a trenta-cinc anys»:

Taula 14 | *Persones de 55 a 69 anys segons anys treballats al llarg de la seva vida laboral, sexe, edat, sector econòmic i situació professional 2006*

	Total	Percentatges			
		Menys de 16 anys	De 16 a 35 anys	36 anys o més	No ho sap
Ambdós sexes					
TOTAL	6.708,8	10,2	43,3	36,9	9,7
De 55 a 59 anys	1.779,4	10,9	44,6	35,0	9,5
De 60 a 64 anys	1.584,8	9,2	31,3	50,2	9,3
De 65 a 69 anys	1.297,8	7,0	26,8	54,2	12,0
Agricultura	594,1	11,1	31,9	40,1	17,0
Indústria	1.158,3	5,5	38,7	49,2	6,6
Construcció	632,5	3,6	40,6	42,5	13,3
Serveis	3.750,2	12,5	47,7	31,6	8,2
Per compte propi	1.557,6	9,1	39,6	39,9	11,4
Per altres	4.577,4	10,4	45,1	35,9	8,6
Homes					
TOTAL	4.185,2	1,6	40,8	48,8	8,8
De 55 a 59 anys	1.085,9	1,5	43,5	45,4	9,6
De 60 a 64 anys	1.023,2	0,8	26,6	64,8	7,9
De 65 a 69 anys	859,0	1,1	20,5	68,6	9,8
Agricultura	367,0	2,3	31,7	52,7	13,3
Indústria	940,2	1,2	37,3	55,1	6,3
Construcció	608,1	2,4	40,5	43,6	13,6
Serveis	1.921,4	1,6	44,9	46,1	7,4
Per compte propi	1.045,3	1,3	37,2	50,9	10,5
Per altres	2.791,4	1,8	42,5	47,7	8,0

Dones					
TOTAL	2.523,6	24,4	47,4	17,3	11,0
De 55 a 59 anys	693,4	25,5	46,4	18,7	9,4
De 60 a 64 anys	561,6	24,6	40,0	23,5	11,9
De 65 a 69 anys	438,8	18,7	39,0	25,9	16,4
Agricultura	227,1	25,2	32,2	19,6	23,1
Indústria	218,1	24,1	44,7	23,5	7,7
Construcció	24,4	34,6	42,8	15,7	6,9
Serveis	1.828,8	23,9	50,6	16,4	9,1
Per compte propi	512,3	24,9	44,5	17,3	13,3
Per altres	1.786,1	24,0	49,2	17,4	9,5

Font: INE (2008a: 215)

Cal que ens aturem ara en dos factors qualitatiu: un és la no reducció de jornada de les persones d'entre cinquanta i seixanta-nou anys. En aquest sentit, segons l'INE (2008a), una àmplia majoria afirma que no la pensa reduir (72,5%). Per sectors, qui més ho pensa són el grup de persones que pertanyen al sector agrícola, amb un 10,4%, o al sector dels serveis, amb un 9%. Quant al sexe, del grup de dones que pensen reduir la jornada, són majoria les del sector agrícola (15,6%), seguides de les de la construcció (13,2%). Amb tot, cal dir que les dones que es dediquen al sector agrícola són les que presenten els percentatges de les respostes més distribuïts: un 56,8% no pensen reduir-la, un 15,3% no ho sap, un 12,3% no ha fet plans o considera que no són rellevants i, com hem dit, un 15,6% sí que pensa reduir la jornada. El segon factor analitzat tal vegada ens porti alguna explicació a aquest fet: de tres possibles motius que poden portar a perllongar la vida laboral de les persones d'entre cinquanta i seixanta-nou anys, les condicions de seguretat, per damunt de la flexibilitat horària (14,9%) i la formació contínua (11,5%), és la principal raó que aporten, amb un 14,9%. Aquest és el motiu escollit també si tenim en compte el sexe; és a dir, que un 14,7% tant d'homes com de dones han escollit aquesta opció com la principal per perllongar la vida laboral, tot i que no sembla que sigui una raó de pes en cap dels casos comentats, ja que els percentatges que afirmen que no és el principal motiu giren al voltant del 76% en tots els casos. El mateix ocorre si prenem com a indicador els sectors en què fan feina, ja que tots opinen que no és el principal motiu per perllongar la vida laboral i que, en tot cas, solament el sector serveis puntua més alt la flexibilitat horària (17,2%) com a factor principal abans que les condicions de seguretat, que marquen la resta de sectors: agrícola (15,6%), indústria (13,6%) i construcció (18,8%).

I si no fan feina? En quina situació es trobaven després de deixar la darrera feina que tenien les persones d'entre cinquanta i seixanta-nou anys? La principal opció és la de

jubilats o jubilació anticipada (32,8%). Amb tot, si no estaven jubilats, la segona opció majoritària era estar a l'atur (és a dir, disponible i cercant feina), en quasi tots els sectors: agricultura (23,4%), construcció (27,8%) i serveis (21,7%), mentre que per als del sector de la indústria la segona opció era la prejubilació (22,5%). Pel que fa als grups que feien feina per compte propi, un 23,4% manifestà en segona opció una malaltia perllongada o una incapacitat, igual que si ens fixam solament en el sexe, ja que els homes també puntuen en segon lloc aquesta opció, amb un 19,9%. Les dones tenen els percentatges molt distribuïts: la jubilació, tot i que es manté com a primera opció, és el percentatge més baix en totes les opcions, amb un 24,9%; el segueixen l'atur (26,1%), altres situacions (22,3%) i malalties perllongades o incapacitat (19,9%). Les dones són les que puntuen més baix en la prejubilació, solament un 5,3%.

Si la jubilació ha estat l'opció més escollida, quin va ser el motiu per jubilar-se? La principal raó va ser l'arribada a l'edat legal de jubilació (47,6%), seguida de la malaltia o incapacitat (16%). La tercera opció eren altres raons no descrites entre les possibles respostes (12,8%), seguides d'incentius o condicions econòmiques favorables per a la jubilació (6,4%).

3.3.5. Pensions

Pel que fa a les pensions contributives, si fem una comparació entre les de les Illes Balears i les d'Espanya (INE 2008a), podem comprovar que les primeres són inferiors a la mitjana nacional, tant de jubilació, com de viduïtat, com de la resta. Així, hi ha una diferència mitjana de 68,2 €. A les Illes Balears, les pensions han augmentat a mesura que han passat els anys. Fa vint anys hi havia 144 mil pensions contributives (de les quals 86,9 milers eren de jubilació, 36,3 de viduïtat i 20,8 milers de la resta). Actualment, amb data de dia primer de maig, n'hi ha 159,2 milers, de les quals un 58,8% són de jubilació, un 26,44% de viduïtat i un 22,23% de la resta.

No hi ha diferències significatives entre les pensions no contributives a l'àmbit nacional i autonòmic. Aquestes pensions a les Balears aporten 308 € per jubilació, 357 € per viduïtat i 331 € per a la resta. En aquest cas, les dues darreres se situen lleugerament per damunt de la mitjana nacional (351 € per viduïtat i 327 € per a la resta). Respecte de la seva evolució a les Illes Balears en un període de vint anys, cal remarcar que, en conjunt, han augmentat i han passat de 7.576 el 1998 a 7.772 el primer de maig del 2008. Les de jubilació han augmentat en 850 en vint anys, mentre que les d'invalidesa han sofert un descens i han passat de 4.238 a 3.584.

Taula 15 | Comparativa nacional i autonòmica sobre diferents pensions

Pensions contributives de la Seguretat Social. Pensions en vigor i pensió mitjana mensual (euros) per classe de prestació, 1 de maig de 2008									
	Total pensions		Jubilació		Viduitat		Altres classes		
	Pensions en vigor	Pensió mitjana mensual(€)	Pensions en vigor	Pensió mitjana mensual(€)	Pensions en vigor	Pensió mitjana mensual(€)	Pensions en vigor	Pensió mitjana mensual(€)	Pensió mitjana mensual(€)
Illes Balears	159.212	650,6	93.679	732,2	42.131	474,4	23.402	640,8	
Espanya	8.359.370	718,8	4.917.809	813,5	2.243.411	528,8	1.198.150	686,0	
	Percentatges respecte del conjunt d'Espanya								
Illes Balears	1,9	90,5	1,9	90,0	1,9	89,7	2,0	93,4	
Pensiones no contributives en vigor i import mitjà mensual per classes, 1 de maig de 2008									
	Jubilació		Viduitat		Altres classes				
	Pensions en vigor	Import mitjà mensual	Pensions en vigor	Import mitjà mensual	Pensions en vigor	Import mitjà mensual	Pensions en vigor	Import mitjà mensual	
Illes Balears			4.188	308	3.584	357	7.772	331	
Espanya			265.738	309	199.766	351	465.504	327	
	Percentatges respecte del conjunt d'Espanya								
Illes Balears			1,6	99,9	1,8	101,9	1,7	101,3	
Pensions del règim general de la Seguretat Social. Pensions en vigor i pensió mitjana mensual (euros) per classe de prestació, 1 de maig de 2008									
	Total pensions		Jubilació		Viduitat		Altres classes		
	Pensions en vigor	Pensió mitjana mensual(€)	Pensions en vigor	Pensió mitjana mensual(€)	Pensions en vigor	Pensió mitjana mensual(€)	Pensions en vigor	Pensió mitjana mensual(€)	Pensió mitjana mensual(€)
Illes Balears	93.697	765,4	50.974	911,6	26.172	534,0	16.551	681,1	
Espanya	4.838.126	860,2	2.742.000	1.019,5	1.362.230	590,9	733.896	765,1	
	Percentatges respecte del conjunt d'Espanya								
Illes Balears	1,9	89,0	1,9	89,4	1,9	90,4	2,3	89,0	

Font: INE (2008a:161-162)

Pel que fa a les pensions de règim general de la Seguretat Social, aquestes segueixen la tendència de les pensions contributives i és superior la mitjana de les tres analitzades (jubilació, viduïtat i altres) a l'Estat espanyol que a la nostra comunitat autònoma, tal i com es pot observar a la taula resum de les tres tipologies de pensions que aportam. En aquest cas, si detallam les pensions per sectors, quant a jubilació, les més nombroses són les dels treballadors autònoms (10.705 de jubilació, 3.625 de viduïtat i 41.199 d'altres a les Illes Balears). Les tres sumen al voltant del 2,4% del total de les pensions en règim especial respecte del conjunt d'Espanya. La pensió mitjana mensual més elevada a les Illes Balears és la de la mineria de carbó (1.334,2 € de mitjana), tot i que, si ho desglossam, aquesta ocupa la segona posició, amb 600,7 € en jubilació. La primera posició és ocupada pels accidents, amb uns 602,2 €, seguides, en tercer lloc, de les malalties professionals (551,1 €). Per viduïtat, se situen en primer lloc les pensions que provenen d'accidents (809,6 €), seguides de les de malalties professionals (790,2 €) i de les dels treballadors de la mar (679,3 €); de la resta, recuperen la primera posició les que provenen de la mineria del carbó (9.332,6 €), seguides de les malalties professionals (791,2 €) i de les dels accidents (745,6 €). Sense entrar en gaires detalls, si fem una comparativa a l'àmbit autonòmic i nacional, cal dir que la majoria de les pensions de règim especial són inferiors a les Illes Balears que la mitjana d'Espanya, especialment en les de la mineria del carbó i les malalties professionals (+347,9 € i +523,4 €, respectivament). Les pensions que són superiors a l'àmbit autonòmic són les de jubilació agràries (+73,9 €), les dels treballadors de la mar, les mitjanes generals (34,4 €) i les de viduïtat (+102,6 €), les dels jubilats empleats de la llar (+8,9 €), les mitjanes d'accidents (+11,9 €) i les mitjanes del SOVI (+4,4€). Com es pot comprovar, les diferències en positiu no són tan elevades com les que ho són en negatiu, solament la dels treballadors de la mar (viduïtat) i les agràries (jubilació) semblen prou significatives perquè se les mencionin.

3.4. Serveis socials

3.4.1. Situació a les Illes Balears

Val la pena iniciar aquest apartat amb una referència a la nova llei de serveis socials que va ser aprovada el passat 2 de juny. Així, tot i tenir present que l'anterior llei de serveis socials, que data del 1987, conté declaracions de principis i manaments generalistes, aquesta nova llei eleva a exigibles davant els tribunals l'allotjament, l'alimentació i el vestuari. En tot cas, un dels elements més importants en què es basa és la universalització del sistema de serveis socials i, tot i els seus avenços, hem de considerar dos aspectes molt importants: per una banda, la continuïtat econòmica (pressuposts ampliables a les partides destinades als serveis socials) i, per l'altra, i molt important, un professional de referència. Pensam que aquest serà un element determinatiu en el tema de les persones grans, juntament amb els professionals que requereixin esdevinguts de la llei de dependència (39/2006), si és necessari. Aquests actuaran a partir de les tres estratègies bàsiques dels drets socials: prevenció, atenció i promoció. Serà important, doncs, en el tema dels serveis socials, la

l·lista de serveis socials que les administracions de les Illes Balears han d'oferir als ciutadans de manera obligatòria, que tindran la categoria de recomanables, a més de l'establiment de les ràtios per serveis.

En termes generals, podem afirmar que hi ha hagut una gran evolució positiva dels serveis socials, no solament per l'augment numèric als principals serveis per a persones grans (SAD, teleassistència, centres de dia i centres residencials) sinó també per l'augment significatiu de l'índex de cobertura. Així, segons l'INE (2008a: 376), el SAD l'any 2002 tenia un índex de cobertura del 2,75 i actualment (2008) ha passat al 4,69. El servei que ha augmentat més durant aquests sis anys ha estat el de teleassistència, que ha passat d'un 1,45 a un 4,72; els centres residencials també han augmentat (de 3,34 el 2002 a 4,31 el 2008) i el que menys s'ha incrementat han estat els centres de dia, que han passat d'un 0,26 a un 0,83. Pensam que és important concretar aquests índexs de cobertura de tots els serveis que posteriorment desglossarem. Per això, tot i que a cada apartat oferirem informació de cada un d'aquests, al final de l'apartat oferim un quadre resum amb l'evolució tant del nombre d'usuaris com de l'índex de cobertura.

A continuació, concretarem els serveis socials per a persones grans, en nombre d'usuaris (i el seu perfil), places ofertes i preus per a cada un d'aquests. Per una banda, convé determinar que, si bé l'índex de cobertura ha augmentat significativament al llarg dels anys, el gener del 2008, a les Illes Balears, encara era més baix pel que fa als quatre principals serveis que analitzam (SAD, teleassistència, centres de dia i centres residencials), tal i com es mostra a la taula següent (INE 2008a: 342):

Taula 16 | *Nombre d'usuaris i places d'alguns serveis socials per a persones grans i índex de cobertura (gener 2008)*

Nombre d'usuaris i places				
Àmbit territorial	Usuaris SAD	Usuaris teleassistència	Places centres de dia	Places (1) centres residencials
Espanya	358.078	395.917	63.446	339.079
Balears (Illes)	4.738	5.504	984	4.795

Índex de cobertura				
Àmbit territorial	Índex cobertura SAD	Índex cobertura teleassistència	Índex cobertura centres de dia	Índex cobertura centres residencials
Espanya	4,69	4,72	0,83	4,44
Balears (Illes)	3,25	3,78	0,68	3,29

Pel que fa al perfil de l'usuari, podem veure que la majoria de persones més grans de seixanta-cinc anys que utilitzen aquests serveis són dones. Així, a l'àmbit nacional, el percentatge més elevat de dones es concentra a la teleassistència (un 76% dels usuaris són dones), seguit dels centres residencials (66%). A les Illes Balears, el percentatge més elevat de dones es concentra al SAD, amb un 69%, i en segon lloc coincideix amb l'índex nacional, pel fet que es concentra també als centres residencials (63%). Si acotam els usuaris en dones més grans de vuitanta anys, a l'àmbit nacional el percentatge més elevat és als centres residencials (62%), seguit de les usuàries dels centres de dia i de teleassistència (59% en ambdós casos). A les Illes Balears, torna a haver-hi diferències i és el servei de teleassistència, amb un 67%, el més emprat per les dones illenques més grans de vuitanta anys; el segon lloc és ocupat pel SAD (64%). Aquesta dada pot servir per entendre que les dones de les Illes Balears més grans de vuitanta anys encara són prou independents per no haver d'utilitzar un centre residencial o un centre de dia, tot i que també és important tenir en compte els valors i les creences que poden tenir envers aquests serveis i les xarxes de suport informal de què disposen. El motiu econòmic no sembla que sigui el determinant en aquest sentit, ja que les Illes Balears se situen en el desè lloc respecte de les comunitats autònomes que tenen aquests serveis més cars. Així, el SAD, a Espanya, se situa de mitjana en 213,29 €, mentre que a l'àmbit autonòmic se situa en 194,84 € (Melilla, amb 494,40 €, és el lloc més car). El mateix ocorre amb les places del centres residencials dependents (946,93 € a les Illes Balears i 1.441,30 € de mitjana nacional) i les places de centres residencials no dependents (1.141,09 € a les Illes Balears enfront de 1.294,25 € de mitjana nacional). Si bé no hi ha gaires diferències entre els preus nacionals (21,16 €) i els autonòmics (23,64 €) en el servei de teleassistència, sí que a les Illes Balears el cost de les places de centres de dia dependents és més elevat que la mitjana nacional (874,84 € enfront dels 656,11 € nacionals).

Per finalitzar, aportam informació complementària sobre els professionals que s'encarreguen dels diferents serveis que a continuació detallarem. Com podem observar, hi ha un total de 593 llocs de feina dedicats des de Serveis Socials als diferents serveis per a persones grans. D'aquests, un 66,61% són empleats a temps complet. El servei que més llocs de treball genera és el Servei d'Atenció Residencial (76,55%), seguit del servei d'atenció a domicili (16,70%).

Taula 17 | *Ocupació en serveis socials per a persones grans. Gener 2008*

Llocs de feina creats (01/01/2007 fins a 31/01/2007)			
Serveis d'atenció a domicili	Sistemes alternatius d'allotjament		
Llocs de feina generats a temps complet	66	Llocs de feina generats a temps complet	3
Llocs de feina generats a temps parcial	33	Llocs de feina generats a temps parcial	1
Total llocs generats	99	Total llocs generats	4
Serveis d'atenció diürna			
Llocs de feina generats a temps complet	22	Llocs de feina generats a temps complet	2
Llocs de feina generats a temps parcial	11	Llocs de feina generats a temps parcial	1
Total llocs generats	33	Total llocs generats	3
Serveis d'atenció residencial			
Llocs de feina generats a temps complet	302	Llocs de feina generats a temps complet	395
Llocs de feina generats a temps parcial	152	Llocs de feina generats a temps parcial	198
Total llocs generats	454	Total llocs generats	593

Font: INE 2008a

3.4.2. Serveis d'ajuda a domicili

A l'hora d'analitzar aquestes dades i les dels posteriors serveis, volem recollir primer algunes indicacions que aporta l'INE (2008a) respecte de la recollida de dades a les Illes Balears. En alguns casos trobam informacions que no apareixen. Això pot ser a causa que no aparegués a la plantilla de dades que es va donar als municipis (total de sol·licitants o servei públic de bugaderia a domicili), o bé a causa que els municipis no ho hagin complimentat (usuaris grans que viuen sols o nombre d'usuaris atesos pel servei d'adaptació i accessibilitat). A més, algunes dades poden no ser prou significatives, com ara el nombre d'usuaris dependents, ja que, per exemple, Palma no va aportar aquesta dada. Altres dades ens han de convidar a la reflexió, com ara la disparitat de preus municipals en la casella cost/mensual/usuari i el nombre d'hores dispensades a Mallorca o el fet que a Eivissa la cobertura del SAD no és suficient per a tota la demana que existeix.

A l'hora de comparar les dades nacionals del sistema d'ajuda a domicili amb el de les Illes Balears, trobam que la nostra comunitat autònoma ocupa el setè lloc pel que fa a l'índex de cobertura (3,25%). Extremadura és la comunitat amb un índex de cobertura més alt (9,9%) i Múrcia és la que té un índex més baix (2,42%). Pensam que aquesta dada pot aportar més informació qualitativa; amb tot, la volem complementar amb el nombre d'usuaris que s'atenen a les Illes Balears (4.378 el 2008 segons dades de l'INE (2008a)). Segons aquestes dades, les Illes Balears són la catorzena comunitat autònoma que més usuaris atén, mentre que Madrid es col·loca en primer lloc, amb 71.343 usuaris, i Melilla, amb 291 usuaris, en darrer. El quadre següent reflecteix la situació del servei d'ajuda a domicili a les Illes Balears, amb dades del gener del 2008:

Taula 18 | Servei d'ajuda a domicili. Gener 2008

Usuaris i sol·licitants		Població >65 anys (1-01-2008)	
Contingut i qualitat		145.675	
Total sol·licitants	471	Hores d'atenció dispensades (any)	397.680
Total usuaris atesos	4.738	Intensitat horària (mitjana d'hores/mes/usuari)	13,00
Usuaris dependents	4.585	Temps emprat en cures	93,00%
Índex de cobertura [usuaris / pob.>65) *100]	3,25	Temps emprat en tasques domèstiques	7,00%
Usuaris >65 anys que viuen sols	26	Prestació econòmica per a ajuda a domicili	
Usuaris >80 anys	3.048	Total d'usuaris atesos	240
Usuàries dones	3.255	Usuaris dependents	196
Usuàries dones >80 anys	2.088	Depesa anual/usuari	2.328,00
Estat mitjana de l'usuari	79	Hores d'atenció subvencionades (any)	28.229
Despeses i finançament	Servei privat d'ajuda a domicili		
Preu públic (euros/hora)	15,28	Total usuaris atesos	43
Preu concertat (euros/hora)		Usuaris dependents	43
Preu mensual/usuari (euros/mes)	198,64	Entitats prestatàries	1
Copagament a càrrec de l'usuari	30,50%		

Font: INE (2008a, 148)

Podem destacar que, a l'àmbit nacional, aquest servei ha atès 358.078 usuaris, la qual cosa ofereix un índex de cobertura del 4,69% (enfrent del 3,25% de les Illes Balears). El preu públic a l'Estat espanyol és de 12,71 €, mentre que a les Illes Balears és de 15,28 €; per últim, la intensitat horària (hores/mes/usuari) a Espanya és de 16,94 mentre que a les Illes Balears és de 13,00 (les Illes Balears ocupen la catorzena posició i Galícia, amb 28,00 la primera). Respecte del perfil d'usuari, a les Illes Balears, un 69% són dones (67% a Espanya); les persones més grans de vuitanta anys són un 64% (51% a Espanya) i les dones més grans de vuitanta anys, un 44% (40% a Espanya). Crida l'atenció el fet que un 93% dels usuaris de les Illes Balears necessitin atencions (52% a Espanya), però que sols un 7% en necessitin en tasques domèstiques (48% a Espanya). L'edat mitjana s'igualava: setanta-vuit anys a Espanya i un any més a les Illes Balears. Respecte del servei, s'han comptabilitzat 397.680 hores l'any (49.616.071 hores a l'àmbit nacional). Si sols tenim en compte la intensitat en cures personals, les Illes Balears augmenten el percentatge respecte de la mitjana nacional (8,76), que passa a un 11,9. El preu públic, com ja hem comentat, és a les Illes Balears de 15,28 € (quarta comunitat més cara), fet que crida l'atenció, ja que Galícia, que tenia la intensitat horària més elevada, és la segona comunitat autònoma que té els preus més econòmics, amb 9,02 € (Múrcia, amb 22,71 €, és la comunitat més cara i Extremadura, la més barata, amb 6,18 €). Amb tot, el preu públic mensual per usuari és, a les Illes Balears, de 194,82 € més econòmic que la mitjana nacional (213,29 €).

Completam aquest apartat amb altres serveis d'ajuda a domicili a les Illes Balears. Com es pot observar, són pocs els usuaris que utilitzen aquests serveis, amb l'excepció dels menjars (1.660 usuaris).

3.4.3. Teleassistència

Tot i que ja s'han determinat algunes indicacions importants a tenir en compte a l'hora d'interpretar les dades, en aquest apartat convé assenyalar que el preu públic d'aquest servei varia en funció dels ingressos de l'usuari. Hem de tenir present que, a Menorca, a partir del 2002, va ser el Consell Insular qui va assumir aquest servei, mitjançant la contractació d'una única empresa (Creu Roja), tot i que són els serveis socials dels diferents municipis els que atenen els possibles usuaris.

En total, el gener del 2008, a Espanya hi havia un total de 395.917 usuaris (5.504 a les Illes Balears; un 3,77% del total de la població més gran de seixanta-cinc anys); per tant, encara és més alt l'índex de cobertura nacional (4,72%). Les persones que utilitzen aquest servei a les Illes Balears són de manera majoritària dones, amb un 66% (76% a l'àmbit nacional), més grans de vuitanta anys (67% a les Illes Balears enfrent d'un 58% nacional) i que viuen soles (71% a les Illes Balears, 54% a Espanya); l'edat mitjana és dos anys més elevada a les Illes Balears (82 anys) que la mitjana nacional (80 anys). El preu públic, tot i l'anotació

Taula 19 | Altres serveis d'atenció a domicili (gener 2008)

		Població >65 anys (1-01-2008)		145.675
Servei públic de menjars a domicili		Prestació econòmica per a l'adequació de l'habitatge		
Total sol·licitants	250	Total sol·licitants		4
Total usuaris atesos	1.660	Total usuaris atesos		4
Usuaris dependents	1.416	Usuaris dependents		
Menjars subvencionats (any)	129.313	Despesa mitjana anual/usuari (euros/ any)		370,00
Despesa anual/usuari (euros/any)	1.063,50	Prestació econòmica per a famílies cuidadores		
Servei privat de menjars a domicili		Total sol·licitants		
Total usuaris atesos	241	Total usuaris atesos		9
Usuaris dependents		Usuaris dependents		9
Entitats prestatàries	3	Usuaris dependents. Despesa mitjana anual/usuari (euros/any)		
Servei públic de bugaderia a domicili		Prestació econòmica per a ajudes tècniques a l'autonomia personal		
Total sol·licitants		Total sol·licitants		
Total usuaris atesos	12	Total usuaris atesos		35
Usuaris dependents		Despesa mitjana anual/usuari (euros/ any)		311,00
Despesa anual/usuari (euros/any)		Altres programes de suport familiar i a la dependència		
Servei privat de bugaderia a domicili		Total sol·licitants		
Total usuaris atesos		Total usuaris atesos		35
Usuaris dependents		Usuaris dependents		105
Despesa anual/usuari (euros/any)		Despesa anual/usuari (euros/any)		24

Font: INE (2008a, 156)

feta anteriorment, és superior a les Illes Balears (283,73 € enfront dels 253,90 € de mitjana nacional). A la taula anterior (19) es descriu la taula explicativa del servei de teleassistència a les Illes Balears el gener del 2008 (INE 2008a).

3.4.4. Llars i clubs

Segons dades de l'INE (2008a: 386), un 47,17% de les persones grans a Espanya són associats a alguna llar o a algun club; en canvi, a les Illes Balears, el percentatge de cobertura augmenta a un 82,56%, ja que són uns 120.268 els associats a alguna llar o a algun club a les Illes Balears. En total es comptabilitzen 4.402 llars o clubs a tot Espanya (260 a les Illes Balears). En aquest cas, la distribució per sexes és més equilibrada: 55% de dones i 45% d'homes associats. Com a dada evolutiva, a l'àmbit estatal podem parlar d'un augment de 2.337 llars o clubs en sis anys, mentre que el nombre d'associats ha augmentat en 877.942 i ha passat de poc més de dos milions i mig el 2002 a 3.562.576 associats el gener del 2008.

A Mallorca, la llar amb més usuaris és la Reina Sofia, amb 2.419 socis actius, seguida de la Llar de Manacor (2.308 socis actius), la Llar Avinguda Argentina, (1.754 socis actius), la Llar de Lluçmajor (1.269 socis actius) i la Llar de Felanitx (1.183 socis actius).

3.4.5. Centres de dia per a persones dependents

En aquest apartat, hem de remarcar que les competències dels centres de dia són dels consells insulars. A Menorca, el 2008 hi havia cinc centres on es donaven serveis diürns (tres d'àmbit municipal i un d'insular). A Eivissa i Formentera, es compta el centre d'atenció de trastorns de la memòria (centre de dia), mentre que a Menorca existeixen serveis diürns a Ciutadella, Ferreries, Alaior i Maó, a més de dos centres gestionats directament pel Consell Insular de Menorca (centre de dia i centre de dia d'Alzheimer i trastorns cognitius). A Mallorca, la majoria són propietat dels ajuntaments, tot i que n'hi ha alguns d'empreses privades que tenen places concertades pel Consell Insular de Mallorca, mentre que a Menorca tots són gestionats pels ajuntaments i estan ubicats en residències geriàtriques. A Eivissa, s'han concertat algunes places i el 2007 es va inaugurar un centre de dia públic especialitzat en Alzheimer.

El perfil dels centres de dia per a persones grans de les Illes Balears és el següent: la titularitat dels centres és un 74% pública i un 26% privada; amb tot, la distribució de places és d'un 56% de públiques, un 35% de concertades i un 9% de privades. Per últim, hem de parlar de l'índex de cobertura de places en centres de dia. Així, l'índex de cobertura de places als centres de dia per a dependents (% sobre població més gran de seixanta-cinc anys), a les Illes Balears, és de 0,68% (0,55% entre concertades i públiques i un 0,13% privades). El 2008 (INE 2008a) hi havia 34 centres a les Illes Balears (2.258 a Espanya). Com s'ha comentat abans amb els percentatges, hi havia un total de

Taula 20 | Servei de teleassistència gener 2008

		Població >65 anys (1-01-2008)		145.675
Usuaris i sol·licitants		Contingut i qualitat: sistema emprat		
Total sol·licitants	923	Teleassistència (núm. d'aparells)	4.692	
Total usuaris atesos	5.504	Telealarma (núm. d'aparells)	278	
Usuaris dependents	4316	Altres sistemes (núm. d'aparells)	14	
Índex de cobertura [Usuaris/pob.>65]*100]	3,7%			
Usuaris>65 anys que viuen sols	934			
Usuaris>80 anys	3.674			
Usuaris dones	3.631			
Usuaris dones >80 anys	2.357			
Edat mitjana de l'usuari	82			
Despesa i finançament		Servei privat d'ajuda a domicili		
Despesa anual/usuari (euros/any)	283.725	Total usuaris atesos	26	
Copagament a càrrec de l'usuari	22,00%	Usuaris dependents		
Despesa anual d'instal·lació de l'aparell (euros/any)	353,40	Entitats prestatàries	2	
Despesa anual del manteniment de l'aparell (euros/any)				

Font: INE (2008a:158)

Taula 21 | Llars i clubs (gener 2008)

		Població >65 anys (1-01-2008)		145.675
Associats		Centres		
Associats	120.268	Total centres	260	
Índex de cobertura [(associats/pob.>65)*100]	82,56	Públics	8	
Associades dones	66.120	Privats	252	
Edat mitjana de l'associat		Despesa anual en activitats i manteniment (euros/any)	2.027.613,83	
Dones	75			
Homes	73			

Font: INE (2008a:162)

vint-i-cinc centres de titularitat pública, que oferien 575 places; nou centres de titularitat privada, amb un total de 183 places, i 226 places ofertes en els centres concertats, que fan un total de 984 places (63.446 a Espanya). En aquest cas, podem comprovar que l'índex de cobertura de les places públiques i concertades és similar a la mitjana nacional (0,55%). La cobertura de les places privades és inferior (0,13% a les Illes Balears enfront d'un 0,30% a Espanya), fet que fa que l'índex general de cobertura sigui més elevat a l'Estat espanyol (0,83%) que a les Illes Balears (0,68%). Cal destacar que un 49% del total de les places de les Illes Balears són places psicogeriàtriques. Respecte dels indicadors econòmics, el preu públic mitjà d'una plaça dependent, a l'any, suposa una despesa de 10.498,03 € a les Illes, mentre que a l'Estat espanyol no arriben als 8.000 € (7.873,27 €); hi ha un copagament del 49%. El preu concertat anual de la plaça dependent i de la plaça psicogeriàtrica és el mateix: 4.313,50 €.

3.4.6. Centres residencials

Els centres residencials depenen de cada consell insular. Així, a Menorca hi ha sis centres d'atenció residencial (cinc d'àmbit municipal) i a Eivissa i Formentera n'hi ha un de públic dependent (Hospital Residència Assistida de Cas Serres), un centre públic inaugurat el 2007 especialitzat en Alzheimer i un de privat que se suma al centre que ja hi havia de dependents. Pel que fa a Mallorca, adjuntam una taula en què es poden veure les principals dades sobre els centres que gestiona el Consell Insular. En aquest cas, l'hem volgut completar amb altres informacions de la memòria de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) (2008), tot i que podem dir ja que hi ha un total de trenta-vuit centres. A l'hora d'analitzar les dades, en aquest cas ens hem de fixar en les dades referides a places psicogeriàtriques, que es consideren places en unitats especialitzades (no en places per a dependents ocupades per malalts psicogeriàtrics), així com en la ràpida variabilitat en els centres residencials petits, ja que el procés de deteriorament d'alguns usuaris pot ser molt ràpid i pot passar a transformar-se en plaça per a dependent.

A les Illes Balears, segons l'INE (2008a), un 45% dels usuaris dels centres públics residencials són dones més grans de vuitanta anys (49% a Espanya). Si tenim en compte aquestes dues variables per separat, són un 63% de dones (66% a Espanya) i un 60% que superen els vuitanta anys (62% a Espanya). El percentatge d'usuaris psicogeriatrics és del 10% (23% a Espanya) i d'un 62% de dependents (70% a Espanya). L'edat mitjana d'ingrés és de setanta-vuit anys (vuitanta a Espanya), tot i que la mitjana per a les dones és més elevada (vuitanta-un anys a Espanya i a les Illes Balears) que la dels homes (setanta-cinc anys a les Balears i a Espanya). Respecte de les places, n'hi ha vint que tenen titularitat pública (un 52%) i vint-i-quatre de titularitat privada (47%); l'1% restant és de titularitat concertada. A Espanya, un 23% són públiques, un 53% privades i un 24% concertades. Continuant amb les dades de les Illes Balears, la majoria d'aquest centres són petits:

Taula 22 | Centres de dia per a persones dependents. Gener 2008

		Població >65 anys (1-01-2008)	145.675
Servei públic de menjars a domicili			
Total sol·licitants	250	Prestació econòmica per a adequació de l'habitatge	
Total usuaris atesos	1.660	Total sol·licitants	
Usuaris dependents	1.416	Total usuaris atesos	
Menjars subvencionats (any)	129.313	Usuaris dependents	
Despesa anual/usuari (euros/any)	1.063,50	Despesa anual/usuari (euros/ any)	
Servei privat de menjars a domicili			
Total usuaris atesos	241	Prestació econòmica per a famílies cuidadores	
Usuaris dependents		Total sol·licitants	
Entitats prestatàries	3	Total usuaris atesos	
Servei públic de bugaderia a domicili			
Total sol·licitants		Usuaris dependents	
Total usuaris atesos	12	Usuaris dependents. Despesa mitjana anual/usuari (euros/any)	
Usuaris dependents		Total sol·licitants	
Despesa anual/usuari (euros/any)		Total usuaris atesos	
Servei privat de bugaderia a domicili			
Total usuaris atesos		Despesa anual/usuari (euros/ any)	
Usuaris dependents		Altres programes de suport familiar i a la dependència	
Despesa anual/usuari (euros/any)		Total sol·licitants	
Servei públic de bugaderia a domicili			
Total usuaris atesos		Total usuaris atesos	
Usuaris dependents		Usuaris dependents	
Despesa anual/usuari (euros/any)		Despesa anual/usuari (euros/ any)	

Font: INE (2008a:163)

menys de cinquanta places en un 43% (vint-i-quatre centres) o entre cinquanta i cent places amb un 33% (divuit centres). L'índex de cobertura total és del 3,26%; entre públiques i concertades és d'un 1,73% i un 1,53% per a les privades. En total, hi ha quaranta-quatre centres residencials a les Illes Balears, enfront dels 5.091 a Espanya. Amb aquestes dades, l'índex de cobertura encara és més elevat a Espanya que a les Illes Balears. Quant a places públiques i concertades, a Espanya l'índex és del 2,04%, enfront de l'1,73% de les Illes Balears, mentre que la diferència a les places privades és més elevat: 2,28% a Espanya enfront de l'1,53% a les Illes Balears. Pel que fa a les places per a dependents i a les places geriàtriques, les Illes Balears tenen poques places si prenem com a referència Espanya; així, l'índex de cobertura de places dependents a Espanya és del 72,24% enfront de solament el 28,03% a les Illes Balears. Respecte de les places psicogerieràtriques, a les Illes Balears solament se n'ofereixen seixanta-quatre, enfront de les 30.388 d'Espanya.

Pel que fa als preus, les places per a no dependents públiques són molt més elevades anualment a les Illes Balears (22.351,5 €) que a Espanya (17.581 €); en canvi, les places concertades són més econòmiques a les Illes Balears (13.693,1 €) que a Espanya (15.531 €), igual que les places concertades dependents (17.295,6 € a Espanya enfront dels 11.363,2 € a les Illes Balears).

A Mallorca, dels usuaris dels centres residencials, 692 han estat atesos a la residència La Bonanova, seguits dels 461 de la Llar dels Ancians, 197 de la residència de Felanitx i 94 de la residència Huialfàs. Cal remarcar també que, des del programa de valoració de sol·licituds d'ingrés a centres (residencials i de dia), en tancar la memòria de l'IMAS (2008), hi havia un total de 2.275 sol·licituds actives.

3.4.7. Sistemes alternatius d'allotjament

En aquest cas, cal destacar que sols s'aporta informació de l'illa de Mallorca i que aquests sistemes alternatius estan constituïts per habitatges tutelats. Cal destacar que, pel fet de ser tan pocs (cinc en total) i que solament dos contestaren l'enquesta, no es pot fer una comparativa de les dades autonòmiques amb les nacionals. En aquest cas, solament podem aportar com a informació que els habitatges tutelats ofereixen vint-i-vuit places (enfront de les 7.285 dels 850 centres nacionals) i dotze a llars. Respecte dels usuaris de les Illes Balears, un 38% són dones més grans de vuitanta anys; un 33%, dones i un 19%, més grans de vuitanta anys. El percentatge de dependents augmenta al 78%.

Per últim, cal comentar que, segons l'INE (2008a:357), el servei públic d'estada temporal disposa a Espanya de 724 centres; només set d'aquests són a les Illes Balears i ofereixen un total de 4.561 places (vint-i-quatre a les Illes Balears).

Taula 23 | Centres residencials, gener 2008

		Població >65 anys (1-01-2008)		145.675
Usuaris i sol·licitants		Places		
Total sol·licitants		1.208	TOTAL PLACES	4.755
Total usuaris atesos		2.453	Públiques	2.476
Índex de cobertura [(usuaris / pob.>65)*100]		1,68	Concertades	48
Usuaris >80 anys		1.478	Privades	2.231
Usuàries dones		1.546	PLACES PER A DEPENDENTS	1.333
Usuàries dones >80 anys		1.102	Públiques	1.135
Usuaris dependents		1.519	Concertades	18
Usuaris amb demències (psicogeriatrics)		243	Privades	180
Edat mitjana de l'usuari		81	PLACES PSICOGERIÀTRIQÜES	0
Edat mitjana d'ingrés:		78	MIDA DELS CENTRES (de titularitat pública i privada)	
Dones		81	Centres amb menys de 50 places	24
Homes		75	Centres amb 50-100 places	18
Despesa i finançament (euros/any)			Centres amb 101-150 places	6
Preu públic d'una plaça		22.351,46	Centres amb més de 150 places	7
Copagament (a càrrec de l'usuari)		76,75%	ÍNDEX DE COBERTURA	
Preu de concertació de plaça		13.693,10	Total places	3.26
Preu de concertació de plaça per a dependent		11.363,20	Públiques+concertades	1.73
Preu de concertació de plaça psicogeriatrica			Privades	1.53
Contingut i qualitat del servei: centres i places			Servei públic d'estada temporal	
Total centres segons titularitat		44	Centres que ofereixen el servei	7
TITULARITAT PÚBLICA		20	Total places disponibles	27
Centres amb places psicogeriatrics		6	Places psicogeriatrics	
TITULARITAT PRIVADA		24		
Centres amb places psicogeriatrics				
Centres amb places concertades		2		

Font: INE (2008a:166)

Taula 24 | Habitatges tutelats. Gener 2008

		Població >65 anys (1-01-2008)		145.675
Usuaris i sol·licitants		Despesa i finançament (euros/any)		
Total sol·licitants		5		13.807,95
Total usuaris atesos		21		26,00%
Usuaris dependents		20		
Índex de cobertura [(usuaris/pop.>65)*100]		0,01		5
Usuaris>80 anys		4		5
Usuàries dones		7		0
Usuàries dones>80 anys		1		28
Edat mitjana de l'usuari		141		0
			Contingut i qualitat	
			Total d'habitatges	5
			Públics	5
			Privats	0
			Total de places	28
			Places per a dependents	0

		SERVEI PÚBLIC D'ACOLLIMENT FAMILIAR. Gener 2008	
Usuaris		Contingut i qualitat	
Total usuaris atesos			Llars
Usuaris dependents		12	Total de places
Índex de cobertura [(usuaris/pop.>65)*100]			Places per a dependents
Usuaris>80 anys			Apartaments residencials
Usuàries dones			Apartaments
Usuàries dones>80 anys			Total places
Edat mitjana de l'usuari			

Font: INE (2008a:169)

Taula 25 | Evolució del nombre d'usuaris, preus i índex de cobertura dels principals serveis per a persones majors. Nacional i autonòmic

Àmbit Territorial	Gen.2002 Usuaris	Gen.2003 Usuaris	Gen.2004 Usuaris	Gen.2005 Usuaris	Gen.2006 Usuaris	Gen.2007 Usuaris	Gen.2008 Usuaris	2008/2007 Usuaris	2008/2002 Usuaris
Espanya	197.306	221.708	228.812	256.992	305.801	330.371	358.078	27.707	160.772
Balears (Illes)	3.532	3.618	2.784	2.895	4.325	4.898	4.738	-160	1.206
Servei públic d'ajuda a domicili. Índex de cobertura									
Espanya	2,75	3,05	3,13	3,51	4,09	4,39	4,69	0,30	1,94
Balears (Illes)	2,70	2,71	2,10	2,15	3,13	3,47	3,25	-0,22	0,56
Servei públic d'ajuda a domicili. Preu públic (euros/hora)									
Espanya	9,50	10,66	10,83	11,61	12,12	12,79	12,71	-0,68	33,75
Balears (Illes)	10,00	8,40	8,40	9,11	16,00	14,30	15,28	6,85	52,80
Servei públic d'ajuda a domicili. Intensitat horària (Núm. hores/mes/usuari)									
Espanya	16,87	18,09	16,43	16,25	16,28	16,61	16,94	0,33	0,06
Balears (Illes)	12,00	12,80	12,80	16,34	12,33	12,71	12,75	0,04	0,75
Servei públic de teleassistència. Nombre d'usuaris atesos									
Espanya	104.313	129.937	148.905	208.107	261.433	330.071	395.917	65.846	291.604
Balears (Illes)	900	1.142	2.527	3.471	4.150	4.903	5.504	601	4.604
Servei públic de teleassistència. Índex de cobertura									
Espanya	1,46	1,79	2,04	2,84	3,50	4,38	4,72	0,33	3,26
Balears (Illes)	0,69	0,86	1,91	2,58	3,00	3,48	3,78	0,30	3,09
Servei públic de teleassistència. Preu públic (euros/hora/any)									
Espanya	244,21	249,18	249,06	248,26	261,51	258,34	253,90	-1,7%	4,0%
Balears (Illes)	353,40	353,40	353,40	187,90	284,64	211,22	283,73	34,3%	-19,7%
Llars i clubs. Nombre d'associats									
Espanya	2.684.634	3.615.064	3.528.376	3.481.166	3.525.499	3.551.934	3.562.576	10.642	877.942
Balears (Illes)	32.500	32.625	32.625	115.807	112.867	109.703	120.268	10.565	87.768
Llars i clubs. Índex de cobertura									
Espanya	37,45	49,68	48,33	47,48	47,15	47,17	57,29	10,12	19,85
Balears (Illes)	24,81	24,46	24,63	85,98	81,62	77,82	82,56	4,74	57,75
Centres de dia per a persones dependents. Nombre total de places									
Espanya	18.819	24.096	33.709	39.568	47.653	55.067	63.446	8.379	44.627
Balears (Illes)	192	322	322	536	686	733	984	251	792

Àmbit Territorial	Gen.2002 Usuaris	Gen.2003 Usuaris	Gen.2004 Usuaris	Gen.2005 Usuaris	Gen.2006 Usuaris	Gen.2007 Usuaris	Gen.2008 Usuaris	2008/2007 Usuaris	2008/2002 Usuaris
<i>Centres de dia per a persones dependents. Nombre total de places públiques</i>									
Espanya	7.391	9.121	12.350	13.263	17.251	21.626	26.612	4.986	19.091
Balears (Illes)	68	68	68	234	382	412	575	163	507
<i>Centres de dia per a persones dependents. Nombre total de places concertades</i>									
Espanya	2.969	5.082	7.247	8.717	11.253	13.731	13.662	-69	10.610
Balears (Illes)	124	124	124	80	80	80	226	146	102
<i>Centres de dia per a persones dependents. Nombre total de places privades</i>									
Espanya	8.459	9.893	14.112	17.588	19.149	19.710	23.172	3.462	14.713
Balears (Illes)	—	130	130	222	224	241	-	-58	—
<i>Centres de dia per a persones dependents. Index de cobertura total de places</i>									
Espanya	0,26	0,33	0,46	0,54	0,62	0,73	0,83	0,10	0,57
Balears (Illes)	0,15	0,24	0,24	0,40	0,49	0,52	0,68	0,16	0,53
<i>Centres de dia per a persones dependents. Index de cobertura (públiques+concertades) de places</i>									
Espanya	0,14	0,20	0,27	0,30	0,37	0,47	0,53	0,06	0,38
Balears (Illes)	0,15	0,15	0,14	0,15	0,23	0,35	0,55	0,20	0,40
<i>Centres de dia per a persones dependents. Index de cobertura de places privades</i>									
Espanya	0,12	0,14	0,19	0,24	0,26	0,26	0,30	0,04	0,19
Balears (Illes)	—	0,10	0,10	0,16	0,16	0,17	0,13	-0,05	—
<i>Centres de dia per a persones dependents. Nombre total de centres</i>									
Espanya	964	1.171	1.756	1.703	1.874	2.112	2.258	146	1.294
Balears (Illes)	12	22	22	23	32	35	34	-1	22
<i>Centres de dia per a persones dependents. Nombre de centres amb titularitat pública</i>									
Espanya	340	409	712	645	711	736	877	141	537
Balears (Illes)	4	4	4	11	22	24	25	1	21
<i>Centres de dia per a persones dependents. Nombre de centres amb titularitat privada</i>									
Espanya	624	762	1.044	1.058	1.163	1.376	1.381	5	757
Balears (Illes)	8	18	18	12	10	11	9	-2	1
<i>Centres residencials. Nombre total de places</i>									
Espanya	239.761	251.826	266.392	283.134	298.828	311.730	329.311	17.581	89.550
Balears (Illes)	3.572	3.774	3.774	3.815	3.921	3.868	4.755	887	1.183

Àmbit Territorial	Gen.2002 Usuaris	Gen.2003 Usuaris	Gen.2004 Usuaris	Gen.2005 Usuaris	Gen.2006 Usuaris	Gen.2007 Usuaris	Gen.2008 Usuaris	2008/2007 Usuaris	2008/2002 Usuaris
Centres residencials. Índex de cobertura total de places									
Espanya	3,34	3,46	3,56	3,86	4,00	4,14	4,31	0,17	0,97
Balears (Illes)	2,73	2,83	2,73	2,83	2,84	2,74	3,26	0,52	0,54
Centres residencials. Nombre total de centres									
Espanya	4.800	4.890	4.888	5.129	5.013	5.213	5.091	-122	291
Balears (Illes)	35	44	44	46	48	45	44	-1	9
Centres residencials. Nombre de places públiques									
Espanya	61.374	62.577	65.560	70.616	72.996	73.116	76.599	3.483	15.225
Balears (Illes)	1.817	1.946	1.946	1.549	1.988	1.947	2.476	529	659
Centres residencials. Nombre de centres amb titularitat pública									
Espanya	640	817	1.002	1.029	1.059	1.261	1.019	-242	379
Balears (Illes)	2	13	13	13	21	21	20	-1	18
Centres residencials. Nombre de places concertades									
Espanya	37.855	43.599	48.282	52.180	58.905	68.706	78.828	10.122	40.973
Balears (Illes)	214	109	109	147	21	21	48	27	-166
Centres residencials. Nombre de places públiques i concertades									
Espanya	99.229	106.176	113.842	122.796	131.901	141.822	155.427	13.605	56.198
Balears (Illes)	2.031	2.055	2.055	1.696	2.009	1.968	2.524	556	493
Centres residencials. Nombre de centres amb titularitat privada									
Espanya	4.160	4.073	3.886	4.100	3.954	3.952	4.072	120	-88
Balears (Illes)	33	31	31	33	27	24	24	0	-9
Centres residencials. Nombre de places privades									
Espanya	140.532	145.650	152.550	160.338	166.927	169.908	173.884	3.976	33.352
Balears (Illes)	1541	1.719	1.719	2.119	1.912	1.900	2.231	331	690
Centres residencials. Índex de cobertura de places privades									
Espanya	1,96	2,00	2,09	2,19	2,23	2,26	2,28	0,02	0,32
Balears (Illes)	1,18	1,29	1,30	1,57	1,38	1,35	1,53	0,18	0,36
Centres residencials. Percentatge de places residencials per a persones dependents sobre el total de places									
Espanya	63,68	64,88	58,18	66,35	68,29	73,02	72,24	-0,78	8,55
Balears (Illes)	85,67	85,64	46,63	-	37,22	39,30	28,03	-11,26	-57,64

Font: INE (2008a: 377-401)

3.5. Altres indicadors

En aquest darrer apartat s'inclouen tres subapartats. El primer fa referència a la protecció social, ja que esdevé un indicador transversal dels indicadors econòmics i de treball anteriorment descrits. En segon lloc, es fa referència a les relacions socials i a les formes de convivència de les persones més grans de seixanta-cinc anys. Finalment, acabam amb informacions relatives a la vida quotidiana, a les actituds i a les emocions.

3.5.1. Protecció social

Si comparem tant els indicadors d'esforç (percentatges del PIB) com els d'intensitat de la protecció (per persona i any), ambdós són superiors a la UE-27 que a Espanya. Així, les despeses de protecció social a Europa giren al voltant d'un 27,2%, mentre que a Espanya ho fan al voltant del 20,8% (4.260 € a Espanya i 5.858 € a Europa). Les prestacions de protecció a la vellesa a Europa són del 10,9% i a Espanya, del 7,9% (14.563 € a Europa, enfront dels 9.837 € d'Espanya). Les despeses en pensions són del 12,2% i del 8,9% (13.037 € a Europa i 8.296 € a Espanya); solament s'equiparen en les despeses en cures de llarga durada (0,5% a Europa i 0,3% a Espanya). On van, aleshores, les prestacions de protecció social? Segons l'INE (2008a: 149), tant a Europa com a Espanya, gairebé la majoria (41,4% a Europa i 38,7% a Espanya) van destinades a la vellesa, seguides de la sanitat (28,6% a Europa i 31,6% a Espanya). Solament en la sanitat i en la desocupació (12,4% a Espanya enfront d'un 6,1% a Europa) el percentatge és superior a Espanya que a Europa; pel que fa a la resta, tot i que amb percentatges similars, el percentatge és superior a Europa: discapacitat, amb un 7,9% (7,3% a Espanya); supervivència (4,4% a Europa i solament 2,7% a Espanya); família i infància (6,1% a Europa i un 5,6% a Espanya); exclusió social (1,3% a Europa i 0,9% a Espanya) i, finalment, habitatge (2,2% a Europa i 0,8% a Espanya).

Pel que fa a les Illes Balears, la ràtio de cobertura de la protecció social és del 93% (94% a Espanya). D'aquest percentatge, hi ha un total de 93.679 pensions contributives de jubilació, amb una mitjana de 732 € a les Illes Balears, enfront dels quasi cinc milions a Espanya (4.917.809 pensions), amb una mitjana de 814 €. Respecte de la viduïtat, són 42.131 pensions a les Illes Balears (474 € de mitjana, també inferior a la nacional, amb 529 € de mitjana). Per quantitats d'euros, les Illes Balears són la setzena comunitat autònoma, si es tenen en compte totes les pensions contributives, tal i com s'indica a la taula següent:

Taula 26 | *Principals pensions i prestacions. Autonòmic i nacional*

	Illes Balears		Espanya	
	Despesa total	Despesa per habitant	Despesa total	Despesa per habitant
TOTAL	144.561.507	140,3	286.064.438	144,7
Pensions contributives	103.280.960	100,2	219.778.554	111,2
Incapacitat permanent	13.584.371	13,2	24.397.117	12,3
Jubilació	68.399.988	66,4	142.225.026	71,9
Viduitat	19.925.910	19,3	48.633.495	24,6
Orfandat	1.319.773	1,3	3.670.272	1,9
Favor familiar	50.917		852.642	0,4
Pensions no contributives	2.648.485	2,6	7.096.863	3,6
Jubilació	1.317.635	1,3	3.956.657	2,0
Invalidesa	1.330.850	1,3	3.140.206	1,6
Prestacions LISMI [1]	54.349	0,1	321.191	0,2
Sub. de garantia d'ingressos mínims	50.203		300.197	0,2
Subsidi per ajuda a 3a persona	2.630		14.145	
Sub. de mov. i comp. despeses transport	1.516		6.849	
Pensions assistencials [2]	5.395		200.812	0,1
Malaltia	4.046		163.647	0,1
Vellesa	1.349		37.165	
Prestacions de desocupació	37.654.000	36,5	56.017.000	28,3
Nivell contributiu	29.638.000	28,8	44.512.000	22,5
Nivell assistencial [3]	8.016.000	7,8	11.505.000	5,8
Prestacions familiars per fill a càrrec	918.318	0,9	2.650.018	1,3

Font: INE 2008:191

A Espanya, i segons dades de l'INE (2008a), hi ha un total de 2.630.283 pensionistes. D'aquests, el 65,35% són dones. En canvi, hi ha 284.441 pensionistes per jubilació més grans de seixanta-cinc anys amb una parella a càrrec; solament un 0,9% són dones, mentre que, sense parella a càrrec, augmenta fins al 56,33%. Respecte de la viduitat, la majoria (un 93,62%) són dones. Respecte de les pensions no contributives, tot i que ja se n'ha parlat amb anterioritat, cal destacar que a les Illes Balears n'hi 4.188 en vigor (265.738 a Espanya).

3.5.2. Relacions socials i formes de convivència

Respecte de les formes de convivència, a Espanya, un 40,4% de les persones grans viu amb parella sense fills; un 17%, amb la parella i fills; un 14%, a altres llars familiars; un 6,8% són un pare o una mare amb fills i solament un 2,3% viu en llars no familiars. Ara ens centrarem en persones que viuen en parella però sense fills. La majoria d'aquestes persones són homes d'entre setanta-cinc i vuitanta-quatre anys (58%), seguits dels del tram anterior, és a dir, dels de seixanta-cinc a setanta-quatre anys, amb un 49,7%. Pel que fa a les dones, el percentatge més alt són les més joves, amb un 41,1% enfront del 27,1% de persones d'entre setanta-cinc i vuitanta-cinc anys. Dels que viuen en parella i amb fills, ambdós sexes puntuen en percentatges més alts en el primer tram d'edat (65-74 anys) amb un 31,2% en homes i un 11,5% en dones. En llars monoparentals, el percentatge més alt se situa en el darrer tram d'edat, és a dir, a partir dels vuitanta-cinc anys per a ambdós sexes (5,9% per a homes i 13,7% per a dones). En les llars monoparentals de persones més grans de seixanta-cinc anys, els homes tenen entre setanta-cinc i vuitanta-quatre anys (12,4%) o més de vuitanta-cinc anys (18,8%), mentre que el percentatge de les dones és més alt en el grup més jove (33,6% i 31,4%). Per últim, hi ha un 9,9% de les persones grans que viuen amb més de cinc membres de la unitat familiar i un 5,6% viu en llars multigeneracionals (6,6% homes i un 4,7% dones). Un 0,8% d'homes viuen en residències; d'aquests, un 3,2% són més grans de vuitanta-cinc anys, mentre que hi ha un 1,5% de dones que també viuen en residències i un 5,1% d'aquestes tenen més de vuitanta-cinc anys.

Segons les dades del *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) (2004), la majoria de població masculina europea més gran de seixanta-cinc anys és casada. A Espanya, aquest percentatge és d'un 62,8%, tot i que en països com Alemanya arriba al 75,8%. D'aquests, quasi tots se situen en el primer tram d'edat (seixanta-cinc a setanta-quatre anys a Espanya, un 66,5%). En canvi, les dones són majoritàriament vídues (a Espanya, un 44,5%), tot i que a Grècia es va arribar a comptabilitzar un total de 54,2% de dones més grans de seixanta-cinc anys vídues. En aquest cas, el percentatge augmenta a mesura que augmenta l'edat (un 76,5% de dones espanyoles més grans de vuitanta-cinc anys ho eren). Tot i que a Espanya no hi ha cap percentatge de persones que viuen com a parella de fet, un 1,6% d'homes i un 0,9% de dones que viuen als Països Baixos puntuen en aquest estat civil. A Espanya, un 4,1% d'homes més grans de seixanta-cinc anys i un 4,2% de dones són fadrines, percentatges similars a la resta de països europeus. En canvi, pel que fa a divorciats (7,6% d'homes i 8,6% de dones) i separats (2,5% d'homes i 1% de dones), Espanya és un dels països que té els percentatges més elevats.

Com es desprèn de l'enquesta europea contestada per onze països, a Espanya un 27,3% d'homes i un 29% de dones viuen a menys de vint-i-cinc quilòmetres d'algun dels fills.

En aquest cas, són les persones grans de l'àrea mediterrània (italians, espanyols i grecs) els que tenen percentatges de la segona opció (viure a la mateixa llar) més elevats: un 15,8% d'homes i un 22,6% de dones. Amb tot, Espanya encara és dels països que tenen percentatges més alts en aquesta resposta; la majoria dels altres països es troben a més de vint-i-cinc quilòmetres, com és el cas dels homes suecs (13,2%) o els francesos (15,9%). Aquesta tendència a fer més intens el contacte de les persones grans amb els familiars a la zona mediterrània es posa de manifest també quan es demana sobre el contacte que tenen amb els fills. Així, aquests puntuen més alt en un contacte diari (27,1% d'homes espanyols i 31,7% de dones), enfront d'altres països, que escullen de manera majoritària el contacte setmanal (Bèlgica, amb un 30,5% d'homes i un 21,6% de dones). En el que sí que coincideixen les respostes europees és el fet que no tenen cura dels néts de manera constant (al voltant d'un 40-45% no tenen cura dels néts). En canvi, si ho fan, els mediterranis tornen a afirmar que ho fan de manera més intensa, és a dir, diàriament (8,5% d'homes espanyols i 9,3% de dones, enfront, per exemple, del 18% de francesos, que afirmen que ho fan de manera menys freqüent). Cal mencionar que a les dades de l'INE (2008a), un 47,6% afirmen que abans (ara no) tenien cura dels néts i ho fan en l'actualitat un 25%; solament un 27,2% no ho fa.

Es manté aquesta tendència de la intensitat del contacte en els països mediterranis? Sembla que sí, ja que, segons l'estudi realitzat el 2006 per l'*European Social Survey*, el contacte que tenen els espanyols amb amics, familiars o companys de feina és setmanal (39,7% homes i 41,7% dones) o diari (39,7% homes i 25,5% dones). Destaca, emperò, que els europeus més grans de seixanta-cinc anys diuen que aquests contactes són setmanals o menys freqüents (61,3% a Alemanya o 54,4% a Eslovènia).

A la taula següent s'aporta informació del perfil de les persones grans espanyoles quant a sexe, estat civil, estat de salut percebut, nivell d'estudis i satisfacció amb la situació econòmica.

Tot i els contactes intensos que hi ha amb la família, hi ha sentiment de soledat quan viuen sols? Sembla que sí, especialment en les dones d'entre setanta-cinc i vuitanta-quatre anys, amb un 34,2%. Els homes manifesten també sentiments de soledat, però amb menys intensitat i ho fan més com més grans són (17% en homes més grans de vuitanta-cinc anys). Amb tot, el que sembla determinant és l'estat civil, ja que els vidus (60,5% homes i 85,7% dones) sí que manifesten sentiments de soledat. Aquesta dada és important per dos condicionants: primer, perquè és una situació «imposada» (la mort de la parella) i, segon, perquè hem de tenir en compte que moltes dones (i més quan són més grans) són vídues, per tant, és important potenciar les relacions familiars, amistoses, etc., però també tenir una xarxa de suport no solament informal sinó també formal. Hem de tenir en compte que un 66,8% de les persones grans que viuen soles manifesten que estan contentes (un 78,2% en altres formes de convivència); en alguns

Taula 27 | Habitatges tutelats. Gener 2008

	Unipersonal	Parella	Multigeneracional a casa seva	Multigeneracional a casa d'un fill	Altres tipus	NS/NC	(N)
Total	21,4	41,8	25,6	5,0	5,7	0,5	3.506
Sexe							
Homes	11,0	56,5	23,9	2,9	5,3	0,5	1.479
Dones	29,0	31,0	26,8	6,6	6,1	0,5	2.027
Edat							
65-74 anys	18,1	45,4	29,5	1,7	4,9	0,4	1.791
75-84 anys	25,2	42,7	19,6	5,9	6,0	0,6	1.380
85 o més	23,7	18,3	29,0	19,2	9,3	0,6	334
<10.000 habitants	20,1	42,9	26,0	3,9	6,9	0,2	1.020
10-50.000 habitants	19,0	42,1	27,4	6,8	4,5	0,1	774
50-400.000 habitants	21,5	40,6	26,0	5,7	5,5	0,9	1.044
>400.000 habitants	26,2	41,3	22,3	3,6	5,7	0,9	668
Fadrins	48,3	5,1	4,5	0,0	41,6	0,6	178
Casats	0,6	70,4	24,3	1,5	2,7	0,5	2.047
Separats o divorciats	61,4	2,4	21,7	7,2	4,8	2,4	83
Vidus	50,4	0,7	31,2	11,8	5,5	0,4	1.191
NS/NC	16,7	50,0	33,3	0,0	0,0	0,0	6
Analfabet	23,2	30,2	35,8	7,0	3,5	0,4	285
Sense estudis	23,0	40,5	25,5	5,9	4,5	0,6	1.521
Primaris	20,4	45,1	23,7	4,2	6,4	0,2	1.272
Secundaris o superiors	17,9	44,5	24,5	3,1	8,8	1,2	420
NS/NC	11,1	22,2	22,2	11,1	33,3	0,0	9

Nivell d'instrucció

	Unipersonal	Parella	Multigeneracional a casa seva	Multigeneracional a casa d'un fill	Altre tipus	NS/NC	(N)
Estat de salut percebut	Bo o molt bo	45,2	25,2	3,4	5,0	0,4	1.550
	Regular	23,4	24,7	3,9	5,5	0,5	1.306
	Dolent o molt dolent	23,4	25,9	5,3	7,0	0,6	474
	NS/NC	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6
Satisfacció amb la situació econòmica	Molt/bastant satisfet	19,8	22,3	4,1	5,8	0,8	1.558
	Regular	21,9	29,6	3,4	5,1	0,2	1.075
	Poc/gens	29,1	38,7	3,6	5,1	0,3	670
	No procedeix	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
	NS/NC	10,0	23,3	43,3	13,3	10,0	0,0
Grau de dependència	No hi ha problema	77,2	70,9	34,1	65,0		
	Lieu	17,4	18,3	37,0	16,7		
	Moderat	4,3	3,1	6,3	14,9	10,6	
	Greu/complet	1,1	1,7	4,5	15,0	7,7	

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE (2008: 254, 258)

casos (41,6%), manifesten que estan nervioses, avorrides (36,2%), tristes (45,4%) o soles (59,2% enfront del 14,2% en altres formes de convivència). Les persones grans que viuen a casa seva són, de manera majoritària, dones (60,6%). Amb tot, hem de tenir també present que un 75,6% de les persones que viuen a casa dels fills també ho són. Això pot ser a causa de situacions de viduïtat (79,5%) o a situacions de dificultats econòmiques (recordem que el fet de ser dona i de tenir més de vuitanta anys era un indicador de risc de pobresa); un altre factor explicatiu pot ser la discapacitat lleu (és el cas d'un 37% de persones grans que viuen a casa d'algun fill).

Independentment de la forma de convivència, les persones grans afirmen que no tenen gaires obligacions, però que tenen el seu temps ocupat, especialment les persones que viuen en parella (64,2%). Les persones que viuen a casa d'algun fill (multigeneracional) són les que més creuen que no tenen res a fer i que se'ls fa el dia molt llarg (33,8%). Quant a la primera opció, de viure amb parella, són més els homes que manifesten que tenen el dia ocupat però sense gaires obligacions (67,1%); les dones manifesten que tenen bastants obligacions i que no tenen temps (23,3%, enfront d'un 11,5% dels homes); en canvi, els que creuen que no tenen res a fer i que se'ls fa el dia molt llarg tot i viure en parella, són més els homes (15,5%) que les dones (9,4%).

3.5.3. Actituds, vida quotidiana i emocions

Les persones grans creuen que els adjectius que més bé els descriuen són «dependent» (17,8%), «malalt» (13,3%) i «intel·ligent» (13,2%). En aquest sentit, quan se'ls demana quines qualitats aporten a la societat, afirmen, amb un percentatge molt elevat (47,8%), que aporten saviesa (relacionat amb l'adjectiu amb què s'han qualificat anteriorment), tolerància (14,8%) i equilibri i serenitat (13,6%); al mateix temps, creuen que la societat es comporta de manera regular amb ells (41,3%). La societat també ho creu, però amb un percentatge més elevat (47,6%). En canvi, les persones grans manifesten un percentatge més alt a la resposta «bé» (30,7%) que la població en general (22,7%). Les respostes sobre els avantatges de tenir seixanta-cinc anys o més són similars en la població general i en la de més de seixanta-cinc anys; així, creuen que el principal avantatge és l'experiència adquirida (92,5%), seguida de la serenitat davant la vida (84,1%) i la possibilitat de fer coses noves, com ara aprendre, participar en associacions, ajudar... (70,6%).

Què es pot fer per millorar la qualitat de vida de les persones grans? Tal vegada la taula següent ens pot aportar les «pistes» necessàries:

Taula 28 | *Aspectes que es consideren més importants per millorar la qualitat de vida de les persones grans en primer i segon lloc, per trams d'edat (2008)*

	En primer lloc			En segon lloc		
	Total	> de 65 anys	65 anys o més	Total	> de 65 anys	65 anys o més
Total	2.474	1.973	501	2.474	1.973	501
Mantenir-se actiu	51,9	53,7	44,9	16,3	15,7	18,8
Mantenir bones relacions	7,1	7,0	7,4	13,1	13,9	10,0
Tenir un habitatge bo i còmode	6,2	5,9	7,6	13,7	13,2	15,4
Tenir bons ingressos	14,1	13,0	18,4	22,8	22,5	24,2
Tenir bons serveis socials i sanitaris	19,4	19,5	19,0	31,0	32,1	26,9
Altres respostes	0,4	0,4	0,4	0,7	0,7	1,0
N.S./N.C.	0,9	0,6	2,4	2,3	2,0	3,8

Font: INE (2008a: 265)

A l'àmbit europeu, un 30,5% de les persones grans se senten insegures quan caminen soles per la seva zona el vespre. Amb tot, amb l'edat els percentatges augmenten per a les persones grans tant a l'àmbit europeu, en què passen a ser un 37,5%, com a l'àmbit nacional (d'un 22,1% a un 26,8%). Espanya se situa en la dotzena posició pel que fa a persones que se senten molt insegures; en primer lloc hi ha els búlgars (48,8% de la població general) i, en darrer, els eslovens (9,9% de la població general; 16,8% de la població més gran de seixanta-cinc anys).

Sobre la vida quotidiana, hi ha determinades tasques «feminitzades», com ara rentar la roba (76,9% de dones enfront d'un 12,1% d'homes) o cuinar (79,8% de dones i 17,1% d'homes) i d'altres més «masculinitzades»: fer petites reparacions a casa (64,4% d'homes enfront d'un 15,8% de dones) o realitzar gestions (69% d'homes i 38,3% de dones). Les persones grans no solen donar suport informal (85,6%); amb tot, quan el donen, aquest és per fer companyia (26,4%). L'ajuda donada per les persones grans sol tenir una freqüència baixa (21,5% amb menys freqüència que cada sis mesos) però, quan és regular, aquesta és com a mínim un cop a la setmana (8%).

Respecte del temps lliure, les persones grans solen considerar que les ofertes culturals són bones (33,8%) o regulars (30,6%). En tot cas, l'activitat principal de les persones grans sol ser veure la televisió, tant entre setmana (80,2%) com els caps de setmanes (71,9%). Ens aturam aquí per comparar les dades amb les europees: si bé ambdues tenen uns percentatges molt elevats en la utilització de la televisió (96,1% a Europa i 98,4% a

Espanya), Espanya se situa per davall de la mitjana quant a ràdio (56,2% a Espanya i 65,5% a Europa) i, sobretot, premsa (36,7% a Espanya i 68% a Europa). En aquest sentit, no hi ha alts percentatges de sentiments de frustració per haver dedicat massa temps a veure la televisió (81,2% no en senten).

Tot i que un 50% es dediquen entre setmana a fer esport, el cert és que el cap de setmana es dedica més a les relacions socials: anar a prendre alguna cosa amb família o amb la parella augmenta d'un 8,3% entre setmana a un 21,5% el cap de setmana, igual que reunir-se amb amics fora de casa (16% entre setmana i 26,1% el cap de setmana). Tot i el nivell de formació que hem descrit anteriorment, un 4% de les persones grans va realitzar algun curs de formació (3,2% de les persones grans d'entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys). Així, un 8% participa en activitats de formació, normalment no formal (7,4%), amb una mitjana de poc més de cent hores (116,4 hores). Respecte de la utilització de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), els homes (10,8%) utilitzen més els ordinadors que les dones (4,8%), igual que Internet (8,9% homes i 4,2% de dones en els tres darrers mesos). A les Illes Balears, els percentatges són una mica inferiors (un 6,6% de persones grans ha utilitzat un ordinador i també un 6,6% ha emprat Internet els darrers mesos). Pel que fa a la telefonia mòbil, un 48,7% de les persones grans de les Illes Balears l'empen, enfront d'un 51,7% de la mitjana nacional. Solen emprar l'ordinador per cercar informació sobre béns i serveis (79,9%) o per rebre i enviar correus electrònics (78,7%) i n'han après pel seu compte, mitjançant la pràctica (75,5%) o gràcies a persones properes, com ara familiars, amics... (60,6%). Cal destacar que a l'àmbit nacional empram poc l'ordinador, ja que un 4,5% de les persones grans europees l'empra diàriament, enfront de l'1,8% dels espanyols.

La mitjana d'assistència a pràctiques culturals de persones d'entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys és d'un 10,3% al cinema, un 4,5% a arts escèniques i un 9,3% a museus; la gent gran dedica més temps, sobretot, a la lectura de llibres (29,2%) o a escoltar música (63,8%). Ambdues activitats les fan almenys un cop a la setmana. El principal motiu pel qual no van al cinema sols és perquè no hi tenen interès (32,5%, igual que el teatre, amb un 38,1%) o perquè prefereixen veure la televisió (17,2%); en el cas del teatre, el motiu que donen és que hi ha poca oferta (15,6%).

Amb tot, el percentatge de persones grans que fan turisme, respecte de la població general, a Espanya és d'un 15,5%, solament superat a l'àmbit europeu pels francesos (19,6%). Normalment, les persones més grans de seixanta-cinc anys passen les vacances a un lloc fix (79,4%), que sol ser un poble costaner o proper a la costa (40%). A aquestes vacances, hi solen dedicar de mitjana uns 24,8 dies i 1.070,1 €. En cas que no surtin de casa, el principal motiu són els problemes de salut (32,4%).

Quant a voluntariat, podem dir que les persones grans hi dediquen temps, però no amb tanta freqüència com la mitjana europea. Així, els europeus, amb un 7,2%, trien almenys

un cop a la setmana com a opció majoritària, mentre que els espanyols ho solen fer en una freqüència més petita que un cop cada sis mesos (17,6%) i, quan és de manera regular, almenys un cop al mes (6,3%). El mateix ocorre en la participació en activitats en l'àrea local: la freqüència majoritària dels espanyols sol ser «menys de sis mesos» (25%), seguida de «almenys un cop cada sis mesos» (8,9%), tot i que cal tenir en compte que a l'àmbit europeu la participació també davalla (6,4% almenys un cop al mes).

Per tancar aquest apartat, ens fixarem en la religiositat. A l'àmbit europeu, el grau de religiositat es marca en 5,5, lleugerament inferior al d'Espanya (6,2). Un 40,5% afirmen que assisteixen a cerimònies religioses setmanalment (a Europa un 21,2%) i un 63,4% afirma que resa setmanalment (50,1% a Europa). La majoria de persones grans es manifesta com a pertanyent a la religió catòlica (99,3%); solament un 0,3% és protestant i un 0,4%, musulmà. En canvi, a l'àmbit europeu, un 46,4% és catòlic; un 21,2%, protestant; un 25,2%, ortodox; un 3,5% pertany a altres confessions cristianes; un 0,1% és jueu; un 3,1%, musulmà i un 0,3% pertany a religions orientals. Amb tot, les persones grans espanyoles valoren per damunt de la mitjana nacional (4,4) la religió (6,52), tot i que en primer lloc hi ha la família (9,72), la feina (8,03) i els amics (7,84).

Tot i haver parlat de determinades tasques masculinitzades i feminitzades, les persones grans consideren que hi ha «poques» diferències (40,8%) entre homes i dones i, en tot cas, aquestes són «bastant grans» (37,6%). Creuen, amb un 40%, que la família ideal és aquella en què ambdós fan feina i han de repartir-se les tasques per igual, seguida, amb un 29,9%, de la família en què solament l'home ha de fer feina fora de la llar i la dona ha de dedicar-se a les tasques de cura dels infants i de la casa.

4. Conclusions

Al llarg del document hem pogut comprovar la importància dels indicadors socials per conèixer no sols la realitat en termes quantitius, sinó que també són una font molt important de continguts qualitius, que informen no solament de l'estructura (valoració estàtica) sinó també dels canvis socials (valoració dinàmica). A partir d'aquestes premisses, hem desglossat els indicadors socials en cinc blocs i els hem analitzat.

En el primer cas, hem analitzat les dades demogràfiques de les persones grans quant a estructura de la població i hem pogut comparar que els percentatges de la població gran a l'àmbit europeu i nacional són semblants, al voltant del 16%, mentre que a l'àmbit autonòmic aquest descendeix fins al 13,7%, tot i que hem de tenir present que la població de més de vuitanta anys té un augment progressiu molt més accelerat que la resta de grups d'edat (16,5% a l'àmbit nacional i un 12% a l'autonòmic). Finalment, hem comprovat que les Illes Balears són la segona comunitat autònoma amb més moviment intern

(4,21 per mil) i que, externament, el moviment més gran prové de la Unió Europea (85,6%) i, com a les Illes Balears, el 10,1% afirma que la població més gran de seixanta-cinc anys és estrangera, percentatge superior a la mitjana nacional (3%).

En el segon bloc, indicadors de salut i de dependència, hem analitzat diferents aspectes: el primer són els estils de vida i hem comprovat que un 48% de les persones grans tenen sobrepès, tot i que disminueix amb l'edat. Aquest sobrepès pot venir motivat per aspectes com el fet d'estar assegut la majoria del dia (55,1%) o fer una activitat física lleugera (62%). Hem analitzat també el nombre d'hores que dormen les persones grans, igual que els seus hàbits de consum d'alcohol i de tabac, i els percentatges més baixos de consum se centren en dones més grans de setanta-cinc anys. Aquest grup és el que més accidents té (16,7%), normalment a casa (8,7%). A continuació, hem analitzat l'estat de salut i ens hem fixat en l'esperança de vida (inferior a Europa si comparem la mitjana nacional i autonòmica) i en l'esperança de vida lliure de discapacitat i hem pogut comprovar que, si bé les dones tenen una esperança de vida més elevada, també ho és l'expectativa d'incapacitat. Respecte de les principals malalties, hem comprovat que són les dones les que més en pateixen, tot i que les tres més nombroses per a ambdós sexes són l'artrosi, l'artritis o el reumatisme (66,5% en dones), la hipertensió arterial (41% dels homes) i el colesterol elevat (39,3% en dones). Tot i aquestes malalties, les persones més grans de setanta-cinc anys consideren que el seu estat de salut és «regular» (43,7%). Aquesta dada ens ha servit per analitzar els principals indicadors hospitalaris i hem comprovat que, a l'àmbit autonòmic, hi ha un percentatge d'ocupació dels llits (78,5%) més petit que a l'àmbit nacional (78,5%). Hi ha menys capacitat mitjana en els hospitals a l'àmbit autonòmic i hi ha més personal sanitari (2,6%) que a l'àmbit nacional (2,1%). Un 32,7% de dones de més de setanta-cinc anys són el grup que més empra el servei d'urgències i, com a conclusió, la població gran puntua amb un 6,8 el sistema sanitari autonòmic (0,7 punts per damunt del nacional).

Com es pot suposar, la taxa de discapacitat es dispara en les persones més grans de seixanta-cinc anys (passa de 85,5 per mil en edats de sis a seixanta-quatre anys a 514,6 per mil en persones més grans de vuitanta anys). Analitzam a l'apartat la tipologia de necessitat que tenen (d'assistència en ajudes personals, en un 32%, o tècniques, en un 7,8%) i el perfil de la persona gran amb discapacitat, tant a l'àmbit nacional com autonòmic. L'augment significatiu també es dona a les taxes de mortalitat, analitzades a l'apartat següent. Podem comprovar que són els problemes circulatoris i els tumors les dues principals causes de mort per a ambdós sexes, tant a l'àmbit nacional com autonòmic. Després d'analitzar les dades de mortalitat evitable, podem concloure que seria necessari prendre mesures de sensibilització en la prevenció primària en el grup d'homes (l'índex més alt es dona en homes i a causa de malalties sensibles a la prevenció primària).

En el tercer bloc, hem analitzat els indicadors econòmics i hem comprovat que la renda mitjana nacional és la catorzena més alta, comparada amb la resta de països europeus.

Hem analitzat també la pobresa i hem vist que, igual que en el risc de salut, el fet de ser dona i de tenir més de setanta-cinc anys suposa el factor de risc més elevat, percentatge que també es pot veure augmentat quan el nivell d'estudis és baix o es té un habitatge de lloguer. Hem comprovat també que el grup de persones d'entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys té un percentatge lleugerament superior a la mitjana (99,5%) quant a actius reals (normalment són l'habitatge, amb un 88,4%, altres propietats immobiliàries (39%) o joies, obres d'art o antiguitats (20,7%). Els actius financers se centren bàsicament en comptes i dipòsits per realitzar pagaments, tot i que davallen a mesura que augmenta l'edat. Tot i aquests actius, l'edat suposa un entrebanc a l'hora de poder realitzar determinades despeses, especialment a l'hora de realitzar vacances almenys una setmana l'any (51% de persones grans enfront del 14%) o per mantenir un habitatge amb una temperatura adequada (9% enfront del 14% de persones més grans de seixanta-cinc anys). Sobra dir que el sexe també augmenta els percentatges de llars que no podem permetre's aquestes despeses, especialment quant a vacances (57%) i a despeses imprevistes (49%). A l'hora d'analitzar el treball i la jubilació, conscients que les dades de què disposam tal vegada no reflecteixen la situació actual de crisi econòmica global, hem centrat la nostra atenció en els històrics de taxes de feina, tant a l'àmbit europeu com nacional. Amb tot, tenint presents les dades actualitzades del 2008, hem pogut comprovar que la taxa d'ocupació és superior a l'àmbit autonòmic (65,5%) que al nacional (59,8%). Analitzam també els anys treballats per sectors i edat, així com els motius que poden conduir a la no reducció de la jornada (un 72,5% de persones d'entre cinquanta i seixanta-nou anys no pensa a reduir-la) i els motius que poden portar a perllongar la vida laboral: les condicions de seguretat, amb l'excepció de les persones que treballen al sector de serveis, que escullen la flexibilitat horària, són l'opció més marcada, tot i que afirmen que no és la raó principal. La situació laboral majoritària abans de jubilar-se era la de la jubilació anticipada (32,8%), seguida de l'atur a quasi tots els serveis i el principal motiu per jubilar-se ha estat l'arribada a l'edat legal de jubilació (47,6%).

Acabam l'apartat analitzant tant les pensions contributives autonòmiques com nacionals (les primeres inferiors a la segona, amb una mitjana de 68,2 €) i les pensions no contributives (en aquest cas, les autonòmiques se situen lleugerament per damunt de la mitjana nacional). Pel que fa a les pensions de règim general de la Seguretat Social, segueixen la tendència de les pensions contributives i és superior la mitjana de les tres analitzades (jubilació, viduïtat i altres) a l'Estat espanyol que a la nostra comunitat autònoma. Analitzam també dins aquest apartat les pensions mitjanes mensuals de jubilació, viduïtat i altres de tots els sectors, així com les provocades per motius d'accidents o de malalties professionals.

L'apartat següent fa referència als serveis socials, en concret, a l'actuació d'aquests amb les persones grans. Igual que en l'apartat dels indicadors econòmics, hem de tenir en compte els possibles canvis en positiu que oferirà per a la població gran de seixanta-cinc anys la nova llei de serveis socials de les Illes Balears. Així, tornam a comprovar que els indicadors

socials no solament es configuren com un element estàtic, que aporta dades estadístiques, sinó que també mostren el vessant dinàmic i influït pels constants canvis socials. Revisam, doncs, el servei d'atenció a domicili (SAD), el de teleassistència, els centres de dia, els centres residencials i altres sistemes alternatius d'allotjament. En cada cas, realitzam una comparativa a l'àmbit autonòmic i nacional i ens centram en l'índex de cobertura i en l'evolució d'aquests serveis amb una perspectiva de sis anys. Com hem pogut comprovar, aquests índex han augmentat a les Illes Balears, especialment el del servei de teleassistència (d'un 1,45% el 2002 a un 4,72% el 2008) i el que menys ho han fet ha estat els centres de dia (0,26% a 0,83%); amb tot, encara són inferiors a la mitjana nacional en tots els serveis (tot i que en alguns, com en els centres de dia, els percentatges s'igualen).

Amb el perfil dels serveis, i tenint presents les variables del sexe i de l'edat, hem pogut veure que les dones de les Illes Balears més grans de vuitanta anys són prou independents per no haver d'utilitzar un centre residencial o un centre de dia, tot i que també és important tenir en compte els valors i les creences que poden tenir envers aquests serveis i les xarxes de suport informal de què disposen. Tal vegada l'alt percentatge de població de les Illes Balears associada a algun club o llar (82,56% enfront del 47,17% nacional) aporta part d'aquest suport i no fa falta emprar els serveis d'atenció a domicili o residencials amb més casos. El motiu econòmic tampoc no sembla que sigui el determinant en aquest sentit, ja que les Illes Balears se situen en el desè lloc respecte de les comunitats autònomes que tenen aquests serveis més cars. A l'hora de completar la informació, també hem aportat dades sobre els professionals que s'encarreguen dels serveis analitzats i hem comprovat que més de la meitat (66,61%) ho són a temps complet i que el servei d'atenció residencial és el que més professionals aporta (76,55%).

En el darrer apartat de l'article, ens fixam en diferents indicadors que ens poden donar la informació complementària per acabar de marcar el perfil social de les persones grans a les Illes Balears. En aquest sentit, triangulam la informació donada als apartats econòmic i de serveis socials amb la protecció social, observam posteriorment les formes de convivència i les relacions socials i, finalment, les informacions relatives a la vida quotidiana pel que fa a les actituds i les emocions. En el primer apartat, sobre prestacions socials, hem pogut comprovar que les despeses de protecció social són superiors (27,2%) a la UE-27 que a Espanya (20,8%) i que, segons dades de l'INE (2008a), el percentatge global de prestacions socials dedicat a la vellesa és també superior (41,4%) a l'àmbit europeu que al nacional (38,7%). En el cas d'Espanya, solament els percentatges nacionals superen els europeus quant a sanitat (31,4%) i a desocupació (12,4%). A l'àmbit autonòmic, les Illes Balears són la setzena comunitat autònoma quant a la quantia de les pensions contributives. Cal destacar que és la pensió de viduïtat la que té un percentatge més alt de dones (93,62%).

A l'hora d'analitzar les relacions socials i les formes de convivència a l'àmbit europeu, hem pogut veure que en els països mediterranis tant la intensitat dels contactes (diaris

amb un 39,7% d'homes i 25,5% de dones a Espanya) com la proximitat de les llars de les persones grans amb els fills són superiors a la resta de països europeus. Cal recordar aquí que, pel que fa a l'estat civil, els homes grans europeus solen ser casats (62,8%) i les dones, vídues (44,5% a Espanya), tot i que comença a haver-hi percentatges (encara molt poc significatius) de parelles de fet (1,6% d'homes als Països Baixos), de divorciats (7,6% homes i 8,6% dones) i de separats (2,5% d'homes i un 1% de dones).

Amb tot, encara hi ha sentiments de soledat, especialment a mesura que augmenta l'edat en les dones (34,2% dones d'entre setanta-cinc i vuitanta-quatre anys), però, sobretot, el factor que sembla que despunta és l'estat civil, en concret, el fet de ser vidu (60,5% en homes i un 85,7% en dones). Aquesta dada és important per dos condicionants: primer, perquè és una situació «imposada» (la mort de la parella) i, segon, si tenim present que moltes dones (i més quan són més grans), són vídues, és important potenciar les relacions familiars, amistoses... però també tenir una xarxa de suport no solament informal sinó també formal.

Respecte del temps lliure, la majoria afirma que tenen el temps ocupat però sense tenir gaires obligacions (67,1% d'homes que viuen en parella); amb tot, encara hi ha tasques domèstiques «feminitzades», com ara rentar la robar (en un 76,9% ho fan les dones), i «masculinitzades» (fer petites reparacions a casa, amb un 64,4%). Alguns (26,4%) dediquen el seu temps a fer companyia, però tot i que pensen que les ofertes culturals són bones (33,8%) o regulars (30,6%), la principal ocupació de les persones grans sol ser veure la televisió (96,1%), tot i que no hi ha alts percentatges de sentiments de frustració pel fet d'haver dedicat massa temps a veure la televisió (un 81,2% no en senten). Creuen, amb un 40%, que la família ideal és aquella en què ambdós fan feina i han de repartir-se les tasques per igual, seguida, amb un 29,9%, d'aquella en què solament l'home ha de fer feina fora de la llar i la dona ha de dedicar-se a les tasques de cura dels infants i de la casa.

Sembla que és el cap de setmana quan les activitats relacionades amb les relacions socials augmenten: anar a prendre alguna cosa amb la família o amb la parella augmenta d'un 8,3% entre setmana a un 21,5% el cap de setmana, igual que reunir-se amb amics fora de casa (16% entre setmana i 26,1% el cap de setmana). Els percentatges sobre la formació són baixos (un 3,2% de les persones entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys ha fet algun curs de formació, normalment no formal), però sembla que hi ha un augment progressiu de la utilització de les TIC, tot i que són més els homes (10,8%) que les dones (4,8%), normalment per consultar informació (79,9%) o per rebre i enviar correus electrònics (78,7%); un 75,5% n'ha après de manera autodidacta. Cal comentar que quasi la meitat (48,7%) de les persones més grans de seixanta-cinc anys ja disposa d'un telèfon mòbil.

Hem de destacar per últim dues activitats: en primer lloc, les vacances, que normalment es fan a llocs propers a la costa (40%) i sempre sol ser el mateix lloc (79,4%), durant una

mitjana de 24,8 dies i amb una despesa de 1.070,1 €. Els espanyols, amb un 15,5%, són els segons que més turisme fan (en primer lloc hi ha els francesos, amb un 19,6%) i, en cas que no en puguin fer, se sol deure a problemes de salut (32,4%). Respecte de la segona activitat, la del voluntariat, sembla que no té tanta incidència a l'àmbit nacional com a l'uropeu (un 7,2% dels europeus realitzen tasques de voluntariat almenys un cop cada setmana).

Per últim, cal destacar que les persones grans espanyoles presenten una religiositat (6,2) més alta que les europees (5,5). La majoria d'espanyols solen ser catòlics (99,3%) i són molt petits els percentatges que pertanyen a altres religions. A Europa, tot i que la religió catòlica també és la més nombrosa (46,4%), les altres religions tenen percentatges més alts. Amb tot, les persones grans espanyoles valoren per damunt de la mitjana nacional (4,4) la religió (6,52), tot i que en primer lloc hi ha la família (9,72), la feina (8,03) i els amics (7,84).

Cal comentar, per últim, que sembla que l'autoimatge de les persones grans és encara ara negativa, ja que empren com a adjectius per definir-se «dependent» i (17,8%) «malalt» (13,3%), tot i que tant la societat com ells mateixos consideren un valor molt important i propi de la seva edat la saviesa (47,8%), fet que té coherència amb el tercer adjectiu que autodescriu les persones grans: «intel·ligent» (13,2%).

5. Referències bibliogràfiques

INE (2006a): *Encuesta Nacional de Salud. Tablas nacionales, 2006.*

INE (2006b): *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores, 2006.* Estudi 2.647.

IMSERSO (2008a): *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades. Informe 2008. Tomo I y II. Colección de documentos. Serie Documentos Estadísticos.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

INE (2008b): *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008.* Avançament de resultats.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005): *La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Saco, A. (2006): *Sociología aplicada al cambio social.* Santiago: Tórculo.

Sancho, M. T. [et al.] (2001). Las personas mayores en España. Algunos indicadores básicos. Cuadernos de Trabajo Social. 14, 221-253.

SHARE (2004). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.*
<(http://www.share-project)>.

Venteo, J. J.; Montesó, M.; Hernández, J. A. (2008). *Los sistemas de indicadores sociales como instrumento para monitorizar los cambios sociales: proyecto para Andalucía.* JECAS.

Autora

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma 1978. Llicenciada en Psicopedagogia i diplomada en Magisteri Educació Primària per la Universitat de les Illes Balears. Professora ajudant del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Realitza el projecte d'investigació sobre l'«Anàlisi del suport social de la gent gran. El cas de la UOM».

L'ATENCIÓ
SOCIOSANITÀRIA A MALLORCA

L'atenció socio sanitària a Mallorca

Enrique Campos Alcaide
Catalina Andreu Mestre

Resum

És conegut l'envelliment de la població en els països desenvolupats i Espanya és, amb un 17% de persones més grans de seixanta-cinc anys, un dels països més envellits del món. A aquesta realitat no és aliena la comunitat autònoma de les Illes Balears. Això ocasiona un augment de la prevalença de malalties cròniques, comorbiditat, dependència i augment del consum de recursos socials i sanitaris. En el present capítol, analitzam l'atenció sociosanitària a Mallorca, que essencialment és duta a terme per l'Hospital General i i l'Hospital Joan March (GESMA), amb les seves diferents línies d'actuació. Es veu que els grans hospitals d'aguts de Mallorca (Hospital Universitari de Son Dureta i Fundació Hospital Son Llàtzer) són els principals proveïdors de pacients i que el domicili és la destinació més freqüent a l'alta. Igualment, si bé els hospitals de caràcter sociosanitari estan oberts a pacients de totes les edats, el 72,1 % són persones grans, amb un lleuger predomini de dones. Crida l'atenció el baix nombre de pacients que des de l'àmbit sociosanitari són donats d'alta a una residència, fet que demostra una greu interrupció del circuit de transferència de pacients i la poca coordinació entre els serveis sociosanitaris i els serveis socials.

Resumen

Es conocido el envejecimiento de la población en los países desarrollados, siendo España, con un 17% de mayores de 65 años, uno de los países más envejecidos del mundo. La comunidad autónoma de las Illes Balears no es ajena a esta realidad. Ello ocasiona un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, de la comorbilidad y la dependencia y un aumento del consumo de recursos sociales y sanitarios. En el presente capítulo analizamos la Atención Sociosanitaria en Mallorca, que esencialmente es llevada a cabo por el Hospital General y el Hospital Joan March, gestionados por GESMA (Gestió Sanitària de Mallorca), con sus diferentes líneas de actuación. Los datos muestran que son los grandes Hospitales de Agudos de Mallorca (Hospital Universitario de Son Dureta y Fundación Hospital Son Llàtzer) los principales proveedores de pacientes, y el domicilio el destino más frecuente al alta. Se ve asimismo como, a pesar de que los hospitales sociosanitarios están abiertos a pacientes de todas las edades, el 72,1 % son personas mayores, con un ligero predominio de mujeres. Llama la atención el escaso número de pacientes que desde el ámbito sociosanitario son dados de alta a una residencia, lo que denota una grave interrupción del circuito de transferencia de pacientes y la escasa coordinación entre los servicios sociosanitarios y los servicios sociales.

1. Introducció

Els pacients amb malalties cròniques, amb comorbiditat i en situació de malaltia terminal sovint presenten limitació funcional, tant en activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) com en activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) i, per tant, necessitat d'ajuda. És el que coneixem com a dependència, la prevenció i atenció de la qual necessita un model assistencial que complementi de manera efectiva el tradicional model sanitari, molt centrat en el diagnòstic i la curació dels problemes de salut quan aquests es presenten, però poc atent a altres necessitats importants perquè les persones dependents (de manera temporal o permanent) i els pacients amb malaltia terminal rebin una atenció adequada i l'opció de viure amb dignitat i oportunitats.

Es tracta d'un model basat en l'atenció integral (interdisciplinari), en l'establiment de nivells assistencials i en una valoració global que analitza les necessitats de cada pacient, en funció de les quals el sistema ha d'oferir una determinada resposta en el nivell adequat.

Aquesta cartera de serveis és el que en la majoria dels llocs i administracions on s'ha implantat es coneix com a *model d'atenció sociosanitària*. Es tracta d'una cartera de serveis amb un fort component sanitari, encara que no exclusiu, dirigida sobretot a discapacitats de qualsevol edat però, sobretot, com s'ha assenyalat ja, a persones grans fràgils, amb pluripatologia, amb gran risc de dependència, a persones grans dependents de manera transitòria o permanent i a pacients amb malaltia terminal. Són diferents i sovint canviant les necessitats que presenten els pacients al llarg del temps. Hi ha malalties agudes que es resolen de manera relativament senzilla o bé més complexa a través de l'atenció hospitalària i especialitzada o a través dels recursos propis de l'atenció primària de salut (AP). De la mateixa manera, hi ha situacions de precarietat social que només necessiten una resposta social determinada (solitud, mitjans econòmics, habitatge...). Tanmateix, en molts altres casos, els problemes sanitaris i socials interaccionen entre si i ocasionen l'existència de molts pacients amb necessitats diferents no cobertes pel sistema sanitari tradicional, com són la prevenció de la dependència en ancians fràgils, la convalsència i rehabilitació, les cures de llarga durada i l'atenció a la dependència, les cures i atenció domiciliàries, les cures pal·liatives... i és allà on els dispositius d'atenció sociosanitària adquireixen rellevància i interès. El model d'atenció sociosanitària organitza la resposta del sistema en funció de les necessitats de l'usuari:

- Atenció aguda
- Atenció subaguda
- Atenció de llarga durada
- Atenció domiciliària
- Salut mental

A Mallorca, l'atenció sociosanitària es duu a terme per Gestió Sanitària de Mallorca (GESMA), una entitat de caràcter públic integrada al Servei de Salut de les Illes Balears i dependent de la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears. El perfil assistencial de GESMA és de caràcter sociosanitari hospitalari. Per això, disposa d'hospitals de caràcter estrictament sociosanitari (Hospital General i Hospital Joan March), amb aproximadament dos-cents llits, on és tracten específicament línies o programes adequats per a l'atenció d'aquests tipus de malalts. Malgrat que el model sociosanitari, en la seva activitat assistencial, admet pacients adults de qualsevol edat, són les persones grans les que consumeixen un percentatge molt alt de les estades hospitalàries i a aquestes persones està dedicada la majoria de l'activitat assistencial del model sociosanitari.

A continuació es resumeix la cartera de serveis dels centres assistencials de GESMA en les diferents àrees; a l'apartat següent explicarem les característiques de les diferents línies d'actuació sociosanitària.

GESMA: centres assistencials/cartera de serveis

• ÀREA SOCIOSANITÀRIA

HOSPITAL GENERAL

HOSPITALITZACIÓ

Programa de pal·liatiu

Programa d'ictus

Programa d'ortogeriatria

Programa de pluripatològics

LÍNIES AMBULATÒRIES

Hospital de dia

Rehabilitació

DISPOSITIUS EXTERNES

Unitat de Valoració Sociosanitària (UVASS)

HOSPITAL JOAN MARCH

HOSPITALITZACIÓ

Programa de pal·liatiu

Programa de pluripatològics

Programa de respiratori

Programa d'ortogeriatria

Unitat de desintoxicació alcohòlica

LÍNIES AMBULATÒRIES

Rehabilitació

DISPOSITIUS EXTERNES

UVASS

- **ÀREA DE SALUT MENTAL**

- HOSPITALITZACIÓ

- Unitat de llarga estada

- Unitat de mitjana estada

- Psicogeriàtric

- Residència mixta

- ITES (Unitat tractament especial)

- Unitat d'hospitalització subaguts

- ALTRES ÀREES

- Club social/tallers ocupacionals

- ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITÀRIA

- Miniresidències

- Pisos tutelats supervisats

- UNITATS COMUNITÀRIES DE REHABILITACIÓ

- **ALTRES ÀREES**

- ESTOMATOLOGIA

- LABORATORI

- RADIOLOGIA

- HOSPITAL DE DIA

- INTERCONSULTES CARDIOLOGIA, UROLOGIA I OFTALMOLOGIA

2. Línies d'actuació sociosanitària

En aquest apartat, es descriuen les principals característiques de les línies i els programes d'actuació en els hospitals sociosanitaris de GESMA, a partir de la informació disponible a la seva pàgina web: <<http://www.gesma.org>>.

Arribats a aquest punt, cal remarcar que la inclusió de l'activitat assistencial de GESMA en un Anuari de l'Envel·liment es deu al fet que la majoria de l'activitat assistencial que duu a terme es refereix al segment de població de persones grans.

2.1. Programa integral d'atenció al pacient pluripatològic

Es tracta d'un programa per oferir una atenció integral i continuada als malats crònics avançats, especialment orientada al diagnòstic, al tractament, a les cures i a la reeducació funcional després d'una descompensació, així com a proporcionar tractament de confort al final de la vida.

La prevalença de pacients pluripatològics (PPL) arriba a situar-se entre el 21 i el 72% dels pacients atesos en els serveis de medicina interna, amb una mitjana d'edat entorn dels

setanta anys. A l'atenció primària constitueixen aproximadament el 5% de la població usuària dels centres de salut, però amb un consum de recursos (freqüentació, visites domiciliàries, proves complementàries i farmàcia) que arriba a quadruplicar el terme mitjà per pacient i un grau de complexitat clínica que requereix múltiples contactes amb el mitjà hospitalari.

El terme pacient PPL s'utilitza assíduament per referir-nos a ancians fràgils, malalts polimedicats, pacients amb múltiples ingressos en els hospitals i freqüents consultes als serveis d'urgència i, encara que no és sinònim de cap d'aquests conceptes, constitueix el nucli essencial de cadascuna d'aquestes realitats. Fins fa poc no existia una definició de pacient PPL, encara que, quan parlem de pluripatologia, no ens referim solament a la presència de més d'una malaltia, sinó que pensam en un pacient amb una especial fragilitat clínica, per la concurrència de determinats processos. Així, és fàcil reconèixer com a característiques d'aquests pacients la presència de:

- Dues o més malalties cròniques en fase avançada de diferents categories clíniques; les més prevalents i rellevants són: insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica (EPOC), insuficiència renal, diabetis, vasculopatia perifèrica, hepatopatia crònica, malalties neurodegeneratives.
- Amb deterioració funcional o gran risc de sofrir-ne.
- Situacions clinicofuncionals i necessitats de cures que el sistema tradicional més centrat en pacients aguts no és capaç d'abordar i satisfer.
- Repercussió social.

2.2. Unitats d'ictus

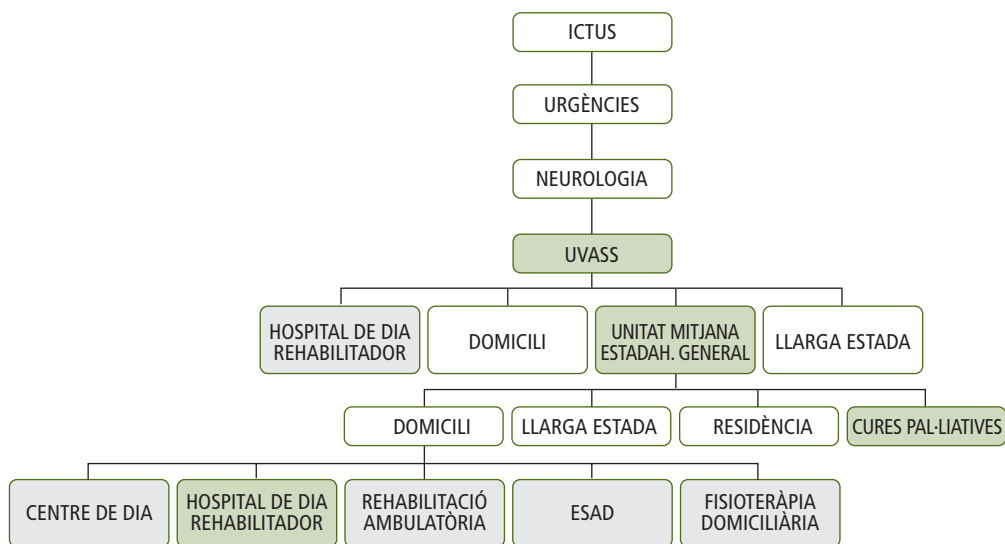
Les unitats d'ictus tenen com a objectius:

- Adequar els mitjans hospitalaris a les necessitats específiques del malalt que ha sofert un ictus i ha passat la fase aguda.
- Evitar l'aplicació d'intervencions i de recursos excessius i evitar la discriminació per criteris d'edat.
- Fomentar una actitud positiva de tot el personal sanitari per afavorir que les persones que han tingut un ictus rebin assistència adequada i específica.
- Limitar l'ús de l'hospital a l'estrictament necessari i evitar la prolongació de les estades.

Cal sempre prioritzar dos aspectes: el primer, posar els mitjans necessaris per aconseguir la màxima independència funcional del malalt i el segon, intentar que el màxim nombre possible de malalts torni al seu medi habitual, normalment a domicili. Per això s'ha d'insistir en una adequada coordinació de recursos, tant socials como sanitaris.

Circuit d'accés a la unitat

Una vegada superada la fase aguda de l'íctus, si el malalt no ha de continuar amb proves diagnòstiques i tractament, la Unitat de Valoració Sociosanitària (UVASS) ha de decidir si pot beneficiar-se de ser traslladat a la Unitat de Mitjana Estada-Ictus.



2.3. Programa d'ortogeriatria

Les funcions de les unitats ortogeriàtriques es poden resumir en les següents:

- Control del dolor.
- Reeduació específica a la marxa.
- Reeduació de les ABVD i de les AIVD.
- Prevenció de les complicacions de les intervencions quirúrgiques.
- Tractament de les malalties concomitants i de les complicacions immediates.
- Elaboració de guies d'actuació per part de tot l'equip.
- Educació dels cuidadors i prevenció del seu esgotament.

- Educació sanitària del malalt sobre temes relacionats amb les seves patologies i facilitació de l'adaptació a la nova situació.
- Suport social: proporcionar informació sobre ajudes socials a l'àmbit comunitari que potencïïn la reinserció familiar; evitar la institucionalització i ajudar a adaptar la llar del pacient segons les seves noves necessitats.
- Coordinació amb els altres professionals de l'hospital i dels centres de procedència, especialment amb traumatologia, fisioteràpia i rehabilitació.
- Coordinació amb els equips domiciliaris (ESAD) i centres d'atenció primària.
- Registres d'indicadors.
- Docència a l'hospital i als altres centres (AP, hospitals d'aguts, associacions científiques...).
- Treballs de recerca.
- Publicacions.

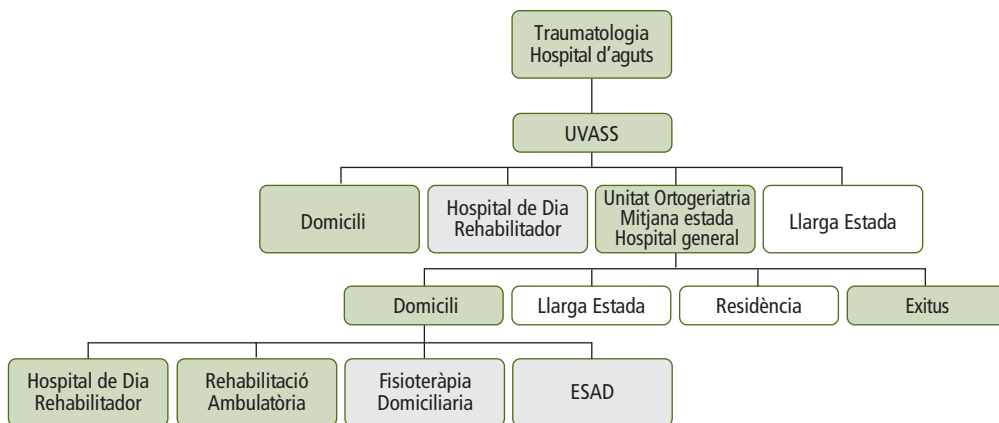
Patologies tributàries d'ingrés a la unitat d'ortogeriatria

Els malalts tributaris d'ingrés a la unitat d'ortogeriatria seran derivats dels hospitals d'aguts, diagnosticats, avaluats i tractats per les unitats de traumatologia, passada la fase aguda postintervenció, estables de les patologies prèvies i que no necessitin proves diagnòstiques o terapèutiques pròpies de la fase aguda. Si es decideix tractament ortopèdic (fractures vertebrals, costals, etc...), constarà a l'informe el pla traumatològic a seguir.

Les patologies d'ingrés més freqüents a la unitat ortogeriàtrica són les següents:

- Fractura de maluc operada, que seran més del 70% dels ingressats.
- Fractures periprotèsiques
- Pròtesis amb altres complicacions postquirúrgiques (infecció).
- Pròtesis de genoll.
- Fractures vertebrals.
- Fractures de pelvis.
- Politraumatismes en fase de convallescència-rehabilitació.
- Lumbàlgies.
- Altres fractures (tibia-peroné, supracondílica de fèmur...), en general complexes.
- Síndromes d'immobilitat de causes diverses.
- Amputacions dels membres inferiors (MMII).

Circuit d'accés a la unitat



2.4. Cures pal·liatives

La unitat té com a objectius i principis bàsics:

1. *L'atenció integral* de totes les dimensions personals del pacient i, al mateix temps, de manera individualitzada i continuada, de les persones malaltes en situació avançada i terminal.
2. *El malalt i la seva família són considerats com a unitat a tractar.* La família és coprotagonista. Se li ha de donar suport i integrar-la en el procés de cura. El seu paper és fonamental en l'atenció pal·liativa. És necessari ajudar-los a acceptar i a superar els fets; se'ls ofereix suport psicològic, s'avaluen les necessitats socials i es mobilitzen els recursos disponibles amb celeritat.
3. *Hi ha una concepció activa, viva i rehabilitadora de la terapèutica.*

Sempre és possible una actuació efectiva per part dels sanitaris, com a oposició a l'actitud de «ja no hi ha res a fer». El model es caracteritza per: «sempre es poden fer coses» i moltes de vegades aquestes coses són de les més importants que viuran el pacient i la família en tot el procés.

4. *Els objectius són el confort i la qualitat de vida.* Els assolirem amb els instruments terapèutics de les CP, que són: el control dels símptomes, la informació i la comunicació amb el pacient i la família, l'equip i els canvis organitzatius.
5. *Es cerca la dignitat i autonomia del malalt.* El pacient és el principal protagonista, la seva autonomia i capacitat de decisió han de ser estrictament respectades.

6. *La mort és part de la vida*, és un fet natural que segueix un procés que, encara que és diferent per a cada persona, té uns trets comuns que han de ser coneguts per poder donar l'atenció i el suport necessaris tant al pacient com a la família, per ajudar a transformar l'experiència d'aquest procés, amb l'objectiu de treure al màxim el patiment i promoure l'experiència de confort, la calidesa, la confiança i el coratge. Es tracta de fer-ne una oportunitat per tancar bé el procés d'haver viscut i de maduració i creixement personal per a tots els que hi participen. La mort no pot ser vista mai com un fracàs; l'únic fracàs atribuïble a l'equip sanitari seria el patiment evitable del pacient, que no s'ha controlat.
7. *Els valors* que donen suport a tota l'actuació en cures pal·liatives són els de la bioètica i, per tant, en l'atenció pal·liativa, les actuacions s'han d'ajustar als principis de bioètica (beneficència, no maleficència, autonomia i justícia), en una mesura més gran, si és possible, que en l'atenció curativa.
8. *L'equip multidisciplinar*. Les eines que permeten aplicar el model són: el treball de manera coordinada, amb l'objectiu d'alleujar el patiment, i els canvis organitzatius a les unitats, que permeten l'adaptació a les necessitats de pacients i familiars.

2.5. Programa d'atenció continuada a malalts respiratoris crònics avançats

Es tracta d'un programa destinat a malalts respiratoris crònics avançats, amb alta dependència i freqüentació dels serveis sanitaris, que compleixin un o més dels punts següents:

- Que hagin necessitat dos o més ingressos hospitalaris el darrer any.
- Amb insuficiència respiratòria crònica i oxigenoteràpia domiciliària o que necessitin qualsevol altra tecnologia sanitària: ventilació no invasiva, aerosolteràpia...
- En els que predomini la dispnea tot i fer el tractament convencional.
- Que necessitin tècniques de fisioteràpia especials o individualitzades.
- Estadis terminals de la malaltia. Atenció pal·liativa.

2.6. Unitat de patologia relacionada amb l'alcohol

La unitat està ubicada a l'Hospital Joan March i es dedica al control i seguiment de malalts amb addicció a l'alcohol en règim d'hospitalització i consultes externes.

3. Dades sobre l'activitat assistencial a Gesma

3.1. Activitat assistencial a l'hospital general any 2008

Disposam de dades relacionades amb les diferents línies d'actuació, com són el programa integral d'atenció al pacient pluripatològic, ortogeriatria, ictus i cures pal·liatives.

3.1.1. Programa integral d'atenció al pacient pluripatològic

L'Hospital General disposa de vint-i-nou llits destinats a aquest programa. Al llarg de l'any 2008 s'han produït un total de 412 ingressos i 413 altes, amb un total de 10.672 estades.

PLURIPATOLÒGICS	
LLITS	29
ESTADES	10672
INGRESSOS	412
ALTES	413

La procedència dels pacients és variada i l'Hospital Universitari de Son Dureta és el centre del qual provenen la majoria dels malalts, un total de 223, seguit de la Fundació Hospital Son Llätzer, que aporta durant 2008 un total de 137 pacients.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	40
SON DURETA	223
SON LLÄTZER	137
ESAD	2
MANACOR	1
INCA	7
ALTRES	2

Una vegada finalitzada l'estada hospitalària, un total de 290 pacients són donats d'alta al seu domicili. S'han produït 107 defuncions. Crida l'atenció el fet que solament un pacient d'aquest programa ingressa en una residència per a persones grans.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	290
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	20
SON LLÄTZER	3
CREU ROJA	3

SANT JOAN DE DÉU	1
ALTRES	1
ÈXITUS	107

3.1.2. Unitats d'ictus

La unitat d'ictus disposa d'onze llits i ha registrat durant l'any 2008 un total de 3.695 estades, amb un total de 104 ingressos i 106 altes.

ICTUS	
LLITS	11
ESTADES	3695
INGRESSOS	104
ALTES	106

La majoria dels pacients procedeix de l'Hospital Universitari de Son Dureta (67 pacients), seguit de la Fundació Hospital Son Llàtzer.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	5
SON DURETA	67
SON LLÀTZER	19
ESAD	—
MANACOR	—
INCA	10
ALTRES	3

Finalment, quant a la destinació dels pacients, la majoria torna al domicili, tot i que s'han produït 17 defuncions. Cap pacient atès en el programa ha ingressat a cap residència.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	83
RESIDÈNCIES	—
SON DURETA	3
SON LLÀTZER	—
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	3
ALTRES	—
ÈXITUS	17

3.1.3. Programa d'ortogeriatria

La unitat disposa de deu llits i s'han registrat en total 3.442 estades, amb 90 ingressos i 88 altes.

ORTOGERIATRIA	
LLITS	10
ESTADES	3442
INGRESSOS	90
ALTES	88

Els pacients provenen majoritàriament de Son Dureta (46) i de la Fundació Hospital Son Llätzer.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	9
SON DURETA	46
SON LLÄTZER	29
ESAD	1
MANACOR	—
INCA	2
ALTRES	3

Pel que fa a la destinació una vegada es produeix l'alta, torna a ser el domicili la destinació més habitual; s'han produït 10 defuncions i novament solament un pacient va tenir la residència com a destinació a l'alta.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	69
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	4
SON LLÄTZER	1
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	1
ALTRES	1
ÈXITUS	10

3.1.4. Cures paliatives

La unitat disposa de dinou llits. En total s'han produït 5.682 estades, amb un total de 490 ingressos i 483 altes.

CURES PAL·LIATIVES	
LLITS	19
ESTADES	5682
INGRESSOS	490
ALTES	483

L'origen dels pacients varia en aquest cas i és de l'ESAD, el programa d'atenció domiciliària, d'on provenen la majoria de pacients (218), seguit de l'Hospital Universitari de Son Dureta (131) i la Fundació Hospital Son Llätzer.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	24
SON DURETA	131
SON LLÀTZER	88
ESAD	218
MANACOR	—
INCA	15
ALTRES	14

La destinació a l'alta dels pacients ha estat en menys ocasions que en programes anteriors el domicili (sobretot pacients que han ingressat per a control de símptomes), ja que en aquest programa, destinat sobretot a pacients amb malaltia terminal generalment oncològica, es produeixen més defuncions (299 en total). En un sol cas es va produir l'ingrés del pacient en una residència.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	164
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	1
SON LLÀTZER	4
CREU ROJA	3
SANT JOAN DE DÉU	6
ALTRES	5
ÈXITUS	299

3.2. Activitat assistencial a l'Hospital Joan March. Any 2008

Disposam de dades relacionades amb les diferents línies d'actuació, com són el programa integral d'atenció al pacient pluripatològic, respiratori, ortogeriatrics, cures pal·liatives i unitat de deshabitació de l'alcohol.

3.2.1. Programa integral d'atenció al pacient pluripatològic

L'Hospital Joan March disposa de vint-i-sis llits en aquesta unitat. En total s'han produït 8.351 estades, amb 233 ingressos i 213 altes.

PLURIPATOLÒGICS	
LLITS	26
ESTADES	8351
INGRESSOS	233
ALTES	213

Quant a la procedència dels pacients, 133 procedeixen de l'Hospital Universitari de Son Dureta i 79 de la Fundació Hospital Son Llätzer.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	1
SON DURETA	133
SON LLÄTZER	79
ESAD	—
MANACOR	—
INCA	9
ALTRES	11

La destinació a l'alta, igual que ocorre en aquesta mateixa línia a l'Hospital General, és el domicili del pacient (135); s'han produït 52 defuncions. Dos pacients varen ingressar en una residència.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	135
RESIDÈNCIES	2
SON DURETA	9
SON LLÄTZER	3
CREU ROJA	1
SANT JOAN DE DÉU	4
ALTRES	7
ÈXITUS	52

3.2.2. Programa de malalts respiratoris crònics avançats

La unitat disposa de vint-i-quatre llits. S'han produït 6.983 estades, amb un total de 223 ingressos i 219 altes.

RESPIRATORI	
LLITS	24
ESTADES	6983
INGRESSOS	223
ALTES	219

Els pacients procedeixen majoritàriament de l'Hospital Universitari de Son Dureta (135) i de la Fundació Hospital Son Llàtzer (78).

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	—
SON DURETA	135
SON LLÀTZER	78
ESAD	—
MANACOR	1
INCA	3
ALTRES	6

La destinació a l'alta més comuna és el domicili del pacient (174 pacients). S'han produït 17 defuncions i en un cas la destinació ha estat l'ingrés en una residència.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	174
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	12
SON LLÀTZER	7
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	—
ALTRES	2
ÈXITUS	17

3.2.3. Programa d'ortogeriatría

Es disposa de vint-i-dos llits destinats a aquesta línia; s'han produït un total de 6.605 estades. El nombre d'ingressos ha estat de 149 i el d'altres, 144.

ORTOGERIATRIA	
LLITS	22
ESTADES	6605

INGRESSOS	149
ALTES	144

L'origen majoritari dels pacients és l'hospital Universitari de Son Dureta (93 pacients), seguit de la Fundació Hospital Son Llätzer (44).

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	—
SON DURETA	93
SON LLÄTZER	44
ESAD	—
MANACOR	1
INCA	4
ALTRES	7

La destinació a l'alta és el domicili del pacient en 110 dels ingressos. S'han produït 8 defuncions i un pacient ha estat ingressat en una residència.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	110
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	7
SON LLÄTZER	9
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	6
ALTRES	3
ÈXITUS	8

3.2.4. Cures pal·liatives

Es disposa de divuit llits i s'han produït 4.860 estades. En total, 307 ingressos i 306 altes.

CURES PAL·LIATIVES	
LLITS	18
ESTADES	4860
INGRESSOS	307
ALTES	306

L'origen dels pacients ha estat l'Hospital Universitari de Son Dureta (81 casos) i la Fundació Hospital Son Llätzer (39).

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	38
SON DURETA	81
SON LLÀTZER	39
ESAD	90
MANACOR	3
INCA	14
ALTRES	42

La destinació dels pacients, igual que ocorre en la unitat homòloga de l'Hospital General, és en una proporció més petita el domicili del pacient (74 casos); s'han produït un total de 220 defuncions.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	74
RESIDÈNCIES	1
SON DURETA	2
SON LLÀTZER	—
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	—
ALTRES	9
ÈXITUS	220

3.2.5. Unitat de Deshabitació Alcohòlica

La unitat disposa de dotze llits. S'han produït 3.063 estades, amb 269 ingressos i 268 altes.

U.D. ALCOHÒLICA	
LLITS	12
ESTADES	3063
INGRESSOS	269
ALTES	268

En el cas que ens ocupa, l'origen dels pacients no són els diferents serveis i unitats dels hospitals d'aguts sinó que són els programes de l'àmbit comunitari els proveïdors de pacients a la unitat.

ORIGEN DEL PACIENT	
PROGRAMES	269
SON DURETA	—

SON LLÀTZER	—
ESAD	—
MANACOR	—
INCA	—
ALTRES	—

La destinació dels pacients, com és d'esperar, és el domicili del pacient (276 casos). No s'ha produït cap defunció en el programa i tres pacients han estat finalment derivats a una residència. Es tracta, amb tota seguretat, del programa que atén el nombre més baix de persones més grans de seixanta-cinc anys.

DESTÍ DEL PACIENT	
DOMICILI	276
RESIDÈNCIES	3
SON DURETA	—
SON LLÀTZER	—
CREU ROJA	—
SANT JOAN DE DÉU	—
ALTRES	7
ÈXITUS	—

En general, veiem que l'Hospital Universitari de Son Dureta, el centre amb més capacitat de la comunitat autònoma i hospital de tercer nivell, és el principal proveïdor del model sociosanitari. També és important el nombre de pacients que aporta la fundació Hospital Son Llätzer. En una mesura més petita, aporten pacients els hospitals d'Inca i de Manacor. Crida l'atenció l'escàs nombre de pacients que des del model sociosanitari i de cures intermèdies passen a llits de cures de llarga durada dependents dels serveis socials, fet que denota que el circuit de transferències de pacients està greument alterat en aquest nivell, a causa possiblement de la nul·la coordinació entre els serveis sanitaris i sociosanitaris amb els serveis socials, especialment residències assistides.

4. Dades de l'activitat assistencial en persones més grans de 65 anys l'any 2008

En total hi ha hagut 2.261 ingressos en els hospitals dependents de GESMA. D'aquests, 1.632 eren persones amb seixanta-cinc anys o més (72,1%), 792 homes (48,53 %) i 840 dones (51,47 %). D'aquests 1.632 pacients, 916 (56,12%) varen ser ingressats a l'Hospital General, 714 a l'Hospital Joan March (43,75%) i 2 (0,12%) a l'Hospital Psiquiàtric.

NRE. INGRESSOS > 65 ANYS	% INGRESSOS > 65 ANYS	HOMES	DONES
1632	72,1	792 (48,5 %)	840 (51,47 %)

4.1. Hospital General

A l'Hospital General hi han ingressat un total de 916 pacients més grans de seixanta-cinc anys (56,12%). L'estada mitjana ha estat de 20,6 dies i la mitjana d'edat dels pacients, 81,6 anys.

Per programes o unitats, les dades es resumeixen a la taula següent:

PROGRAMA/UNITAT	NRE. DE PACIENTS	EDAT MITJANA (ANYS)	ESTADA MITJANA (DIES)
Pluripatologia	390	83,3	25
Ictus	87	78,1	32,6
Ortogeriatría	74	82,6	34,2
Pal·liatiu	365	80,5	10,4
Global H. General	916	81,6	20,6

4.2. Hospital Joan March

A l'Hospital Joan March han ingressat 714 pacients (43,75%), amb una edat mitjana de 79,6 anys i una estada mitjana de 27,79 dies. Podem veure un resum de les dades per programes o unitats a la taula següent:

PROGRAMA/UNITAT	NRE. DE PACIENTS	EDAT MITJANA (ANYS)	ESTADA MITJANA (DIES)
Pluripatologia	188	83,1	31,1
Ortogeriatría	110	80,9	42,1
Respiratori	166	77,5	31,4
Pal·liatiu	234	78,1	16,8
Patologia alcohòlica	16	72,6	11,3
Global H. Joan March	714	79,6	27,7

4.3. Hospital Psiquiàtric

A l'Hospital Psiquiàtric han ingressat dos pacients amb seixanta-cinc anys o més (0,12%), amb una edat mitjana de 66 anys i una estada mitjana de 7 dies.

NRE. DE PACIENTS	EDAT MITJANA (ANYS)	ESTADA MITJANA (DIES)
2	66	7

En resum, podem veure que pràcticament tres de cada quatre ingressos que s'han produït a l'Hospital General i a l'Hospital Joan March són de persones més grans de seixanta-cinc anys, amb edats mitjanes que generalment superen els vuitanta anys i estades mitjanes d'entre vint i trenta dies, molt per sobre del que ocorre en altres mitjans hospitalaris destinats a pacients aguts, on l'estada mitjana és significativament inferior.

5. Dades sobre els diagnòstics més freqüents

Durant l'últim segle, s'han desenvolupat diferents classificacions, nomenclatures i sistemes de codificació que permeten recopilar dades i informació mèdica, al mateix temps que es dota certs termes d'un aire normatiu. El CIE 9 és un sistema de classificació internacional de malalties, fruit del consens al qual arriba l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Es tracta d'una classificació numèrica de termes que presenten una estructura estàtica i les relacions de la qual s'estableixen manualment per experts. A continuació, s'analitzen segons aquesta classificació els diagnòstics més freqüents en les diferents línies d'actuació de l'Hospital General i de l'Hospital Joan March durant l'any 2008.

5.1. Programa integral d'atenció al pacient pluripatològic

5.1.1. Hospital General

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
INSUFICIÈNCIA CARDÍACA	428.9	30	7,8%
PNEUMÒNIA	486	28	7,2%
MALALTIES APARELL RESPIRATORI	519.8	23	5,9%
INFECCIÓ URINÀRIA	599.0	20	5,2%
EPOC EXACERBAT	491.21	17	4,4%
BRONQUITIS AGUDA	466.0	16	4,1%
BLOQUEIG AURICULOVENTRICULAR	426.10	15	3,9%
ARÍTMIA CARDÍACA	427.31	14	3,6%
FIBRIL·LACIO VENTRICULAR	427.41	12	3,1%
ÚLCERA DECÚBIT	707.0	10	2,6%

5.1.2. Hospital Joan March

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
TRAQUEOBRONQUITIS AGUDA	466.0	18	8,7%
PNEUMÒNIA	486	17	8,2%

INFECCIÓ TRACTE URINARI	599.0	13	6,3%
EDEMA AGUT DE PULMÓ	518.4	11	5,3%
INSUF. CARDÍACA CONGESTIVA	428.0	9	4,3%
INSUFICIÈNCIA CARDÍACA	428.9	9	4,3%
INFECCIÓ RESPIRATÒRIA	519.8	9	4,3%
ACV ISQUÈMIC	437.1	8	3,9%
SÍNDROME D'IMMOBILITAT	728.3	7	3,4%
CIRROSI HEPÀTICA	571.5	6	2,9%

Com veiem, la insuficiència cardíaca és uns dels motius més freqüents d'ingrés del pacient en aquesta unitat, en concordança amb l'evidència de què es disposa, ja que la insuficiència cardíaca congestiva és el motiu més freqüent d'hospitalització i de reingrés en les persones grans i la tercera causa de mort cardiovascular en aquest segment de població, tot això amb un elevat cost sanitari global. També sumen un important nombre de pacients les pneumònies, les malalties de l'aparell respiratori i la infecció urinària. La pneumònia té una alta incidència en població gran, molt freqüentment necessita ingrés hospitalari (el 70% d'ingressos hospitalaris per pneumònia en adults correspon a persones més grans de seixanta-cinc anys) i és la primera causa de mort d'origen infeccions en persones grans. Finalment, la infecció de la via urinària és la infecció bacteriana més freqüent en la població anciana.

5.2. Orto geriatria

5.2.1. Hospital General

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
CONVALESCÈNCIA POSTQUIRÚRGICA	V66.0	60	78,9%
PORTADOR PRÒTESI GENOLL	V43.65	8	10,5%
CONVALESCÈNCIA POSTFRACTURA	V66.4	5	6,6%
TRASTORN RENAL I URETERAL	593.9	2	2,6%
COMPLICACIÓ PRÒTESI ARTICULACIÓ INTERNA	996.77	2	2,6%
CONVALESCÈNCIA DESPRÉS D'UN ALTRE TRACTAMENT	V66.5	1	1,3%
ABSCÉS	682.9	1	1,3%
DIVERTICULOSI COLON	562.12	1	1,3%
PORTADOR PRÒTESI MALUC	V43.64	1	1,3%
TRASTORN ARTICULACIÓ PÈLVICA I CUIXA	719.45	1	1,3%

5.2.2. Hospital Joan March

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
CONV. POSTINTERVENCIÓ	V66.0	57	37,3%
CONV. POSTFRACTURA NO Q.	V66.4	21	13,7%
ANGIOPATIA DIABÈTICA	250.70	6	3,9%
NEOPLÀSIA DE LLAVI	140.9	5	3,3%
DISTÍMIA	300.4	5	3,3%
INFECCIÓ TRACTE URINARI	599.0	5	3,3%
ÚLCERA PER DECÚBIT	707.0	5	3,3%
DEFORMITAT COLUMNA VERTEBRAL	738.5	5	3,3%
ESTAT AMPUTACIÓ MI	V49.72	5	3,3%
HEMORRÀGIA CEREBRAL	431	4	2,6%

Es tracta d'una unitat amb orientació eminentment rehabilitadora i, tal com cal esperar, més del 70 i del 37,3% dels ingressos d'aquesta unitat a l'Hospital General i a l'Hospital Joan March, respectivament, són ocasionats per la convalescència i rehabilitació de la fractura de maluc, la incidència de la qual és a Espanya d'entre 130 i 200 casos per 100.000 habitants/any, amb un creixement considerable per sobre dels seixanta-cinc anys i que afecta més les dones.

5.3. Unitat D'íctus

5.3.1. Hospital General

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
EMBÒLIA CEREBRAL AMB INFART	434.11	29	32,2%
ACCIDENT CEREBROVASCULAR ISQUÈMIC	437.1	25	27,8%
HEMORRÀGIA CEREBRAL	431	21	23,3%
EMBÒLIA CEREBRAL SENSE INFART	434.10	8	8,9%
CONVALESCÈNCIA D'UN ALTRE TRACTAMENT	V66.5	1	3,3%
ISQUÈMIA CEREBRAL TRANSITÒRIA	435	3	3,3%
OCLUSIÓ ARTERIAL AMB INFART CEREBRAL	434.91	1	1,1%
OCLUSIÓ ARTERIAL AMB INFART CEREBRAL	434.90	1	1,1%
MALALTIA DEGENERATIVA GANGLIS BASALS	333.0	1	1,1%

Es tracta d'una unitat per al tractament, la rehabilitació i el suport dels pacients que han superat la fase aguda d'una malaltia cerebrovascular, que constitueix un important problema de salut pública als països desenvolupats i alhora una important causa de

mortalitat i incapacitat. La malaltia cerebrovascular té una alta incidència (176 casos per 100.000 habitants/any) i en un 75% dels casos afecta persones de més de seixanta-cinc anys. En el cas que ens ocupa, l'embolisme cerebral amb infart és el diagnòstic més freqüent per a l'ingrés a la unitat (32,2% de casos), seguit de l'accident cerebrovascular isquèmic (27,8%).

5.4. Unitat de cures pal·liatives

5.4.1. Hospital General

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
NEOPLÀSIA PULMÓ	162.9	97	23,4%
NEOPLÀSIA COLON	153.9	31	7,5%
NEOPLÀSIA PRÒSTATA	185	24	5,8%
NEOPLÀSIA FETGE	155.0	19	4,6%
NEOPLÀSIA ESTÓMAC	151.9	17	4,1%
NEOPLÀSIA RECTE	154.0	14	3,4%
NEOPLÀSIA URINÀRIA	188.9	13	3,1%
NEOPLÀSIA MAMA	174.9	11	2,7%
ALZHEIMER	331.0	7	1,7%
NEOPLÀSIA MALIGNA DE GLOTIS	161.0	6	1,4%

5.4.2. Hospital Joan March

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
NEOPLÀSIA PULMÓ	162.9	57	18,8%
NEOPLÀSIA PRÒSTATA	185	22	7,3%
NEOPLÀSIA MAMA	174.9	21	6,9%
NEOPLÀSIA PÀNCREES	157.9	14	4,6%
NEOPLÀSIA DE COLON	153.9	13	4,3%
NEOPLÀSIA BUFETA URINÀRIA	188.9	13	4,3%
NEOPLÀSIA DE RECTE	154.0	11	3,6%
NEOPLÀSIA VIES BILIARS	155.1	11	3,6%
NEOPLÀSIA CEREBRAL	191.9	11	3,6%
NEOPLÀSIA PARET ABDOMEN	171.5	8	2,6%

La incidència i prevalença de la malaltia neoplàstica en persones grans augmenta alhora que ho fa l'esperança de vida, que se situa en l'actualitat entorn dels vuitanta anys. Del total de les malalties neoplàstiques que es diagnostiquen a Espanya, el 60% corresponen a

persones més grans de seixanta-cinc anys. El nombre més gran de casos atesos en aquestes unitats correspon al càncer de pulmó, la causa més freqüent de mortalitat per càncer en barons de seixanta a setanta-nou anys. La segona causa a l'Hospital General és el càncer de colon, reconeguda igualment a nivell general com la segona causa de mortalitat per càncer en homes i dones d'entre seixanta i setanta-nou anys. El tercer lloc a l'Hospital general i el segon al Joan March l'ocupa el càncer de pròstata, primera causa de mortalitat per càncer en barons de més de vuitanta anys. Veiem també que, entre les deu primeres causes d'ingrés a la unitat de cures pal·liatives de l'Hospital General, hi figura la malaltia d'Alzheimer. La demència greu representa un dels problemes més grans de salut pública, ja que és una de les principals (i tal vegada la principal) causes de dependència en el moment actual. La prevalença de demència en els subjectes més grans de seixanta-cinc anys a Europa varia entre el 5,9 i el 9,4%.

5.5. Programa d'atenció continuada a malalts respiratoris crònics avançats

5.5.1. Hospital Joan March

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
EPOC	491.21	112	53,1 %
BRONQUITIS AGUDA	466.0	14	6,6 %
ASMA AMB EXACERBACIÓ	493.90	10	4,7 %
BRONQUIÈCTASI	494	9	4,3 %
BRONCOPNEUMÒNIA CRÒNICA	515	7	3,3%
PNEUMÒNIA PNEUMOCÒCCIA	481	5	2,4%
PNEUMÒNIA	486	4	1,9 %
SÍNCOPE	780.2	4	1,9%
TBC PULMONAR CAVITADA	011.2	3	1,4%

Com ja s'ha vist en analitzar els GRD de les unitats d'atenció al pacient pluripatològic, les malalties de l'aparell respiratori són causa freqüent d'ingrés i reingrés hospitalari en pacients adults i, molt especialment, en persones més grans de seixanta-cinc anys.

5.6. Unitat de patologia relacionada amb l'alcohol

5.6.1. Hospital Joan March.

DIAGNÒSTIC	COD.	Nre.	%
ALCOHOLISME	303.91	263	99,6%
TABAQUISME	305.1	1	0,4%

6. Conclusions

És evident que el sistema tradicional d'atenció sanitària, centrat en el diagnòstic i el tractament, és clarament insuficient per a l'atenció integral d'una població cada vegada més envellida, necessitada de cures en la fase aguda de la malaltia, però també de cures de convalsència, de llarga durada, pal·liatives, d'atenció a la dependència, etc. Per tot això, serà necessari desenvolupar el sistema i dotar-lo d'estructures assistencials que, de manera coordinada, proporcionin una atenció integral i continuada a persones amb necessitats especials, sobretot persones grans.

7. Agraïments

El nostre agraïment a D. Andrés Recober Martínez, sotsdirector de Control de Gestió de GESMA-Govern de les Illes Balears, per tota la informació facilitada, que ha permès la redacció d'aquest article a l'*Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009*.

8. Bibliografia

Albertí, F. (2006): *Programa Integral de Atención al Paciente Pluripatológico*. <http://www.gesma.org/archivos/serveis_assistencials/PACIENTE%20PLURIPATOLOGICOidq.pdf> (30 de setembre de 2009).

Benito, E. [et al.] (2007): *Programes Sociosanitaris. Gesma. Programa Cures Pal·liatives. Atenció als pacients en situació de malaltia terminal avançada*. <http://www.gesma.org/archivos/serveis_assistencials/PAL_DEF210807.pdf> (30 de setembre de 2009).

Campos, E.; Andreu, C. (2008): «Envel·liment, salut i serveis socials: alguns indicadors». A: Orte, C.: *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008*. Palma: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social.

Martin, F. J.; Gil, P. (2006): «Valoración funcional en la demencia grave». *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 41 (extra 1), 43-49.

Renom, F. [et al.]: *Programes sociosanitaris. Gesma. Programa d'atenció continuada a malalts respiratoris crònics avançats (Programa RESC)*. <http://www.gesma.org/archivos/serveis_assistencials/RESC_DEF101007.pdf> (30 de setembre de 2009).

Ruipérez, I. [et al.] (1998): *El Paciente Anciano*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U.

Servei de Salut de les Illes Balears (2003): *Pla Sociosanitari de les Illes Balears*. Palma: Conselleria de Sanitat i Consum del Govern de les Illes Balears.

Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (2006): *Tratado de Geriátria para residentes*. Madrid: SEGG.

Togores, B. (2007): *Programes Sociosanitaris. Gesma. Programa d'ortogeriatría*. <http://www.gesma.org/archivos/serveis_assistencials/ORTO_DEF130907.pdf> (30 de setembre de 2009).

Truyols, A. [et al.] (2007): *Programes Sociosanitaris. Gesma. Ictus. Atenció sociosanitària de mitjana estada*. <http://www.gesma.org/archivos/serveis_assistencials/ICTUS_DEF130907.pdf> (30 de setembre de 2009).

Autors

ENRIQUE CAMPOS ALCAIDE

Santa Elena (Jaén) 1957. Llicenciat en Medicina i Cirurgia. Universitat de Granada. Metge especialista en Geriatria i en Medicina Familiar i Comunitària. Residència Pensionistes de la Bonanova. Departament de Benestar Social (Institut Mallorquí d'Afers Socials). Consell Insular de Mallorca.

CATALINA ANDREU MESTRE

Felanitx 1959. Llicenciada en Medicina i Cirurgia. Universitat Central de Barcelona. Metgessa especialista en Geriatria. Residència Pensionistes de la Bonanova. Departament de Benestar Social (Institut Mallorquí d'Afers Socials). Consell Insular de Mallorca. Expresidenta de la Secció de Geriatria de l'Acadèmia Mèdica Balear.

**ENVELLIMENT I CALCIFICACIÓ DE
TEIXITS BLANS: DES DE LA PATOLOGIA
CARDIOVASCULAR A L'ALZHEIMER**

Envelliment i calcificació de teixits blans: des de la patologia cardiovascular a l'alzheimer

Fèlix Grases Freixedas
Antònia Costa-Bauzà

Resum

La majoria de teixits del cos humà progressivament es van calcificant amb l'edat, encara que el grau de calcificació depèn en gran mesura de cada individu. Algunes d'aquestes calcificacions poden donar lloc a conseqüències funestes, com és el cas de les calcificacions cardiovasculars (poden generar ruptures vasculars i fallides cardíques) i les calcificacions a nivell del cervell com les associades a la malaltia d'Alzheimer.

En aquest article s'explica de forma senzilla tot allò que coneixem sobre aquests processos indesitjables, fonamentalment el que fa referència a la calcificació cardiovascular i a la malaltia d'Alzheimer. Es demostra que encara que cada una té les seves característiques particulars, hi ha una sèrie d'aspectes comuns a totes que ajuden molt a entendre per què es produeixen i, com a conseqüència, a dissenyar nous estudis per poder plantejar possibles solucions.

Resumen

La mayoría de tejidos del cuerpo humano se van calcificando progresivamente con la edad, aunque el grado de calcificación depende en gran medida de cada individuo. Algunas de estas calcificaciones pueden tener funestas consecuencias, como es el caso de las calcificaciones cardiovasculares (pueden generar roturas vasculares y fallos cardíacos) y las calcificaciones a nivel cerebral como las asociadas a la enfermedad del Alzheimer.

En este artículo se explica de forma sencilla los conocimientos actuales sobre estos procesos indeseables, fundamentalmente en lo que hace referencia a la calcificación cardiovascular y a la enfermedad del Alzheimer. Se demuestra que aunque cada uno de ellos tiene características particulares, hay una serie de aspectos comunes a todos que ayudan considerablemente a entender por qué se producen y como consecuencia a diseñar nuevos estudios y plantear posibles soluciones.

1.Introducció

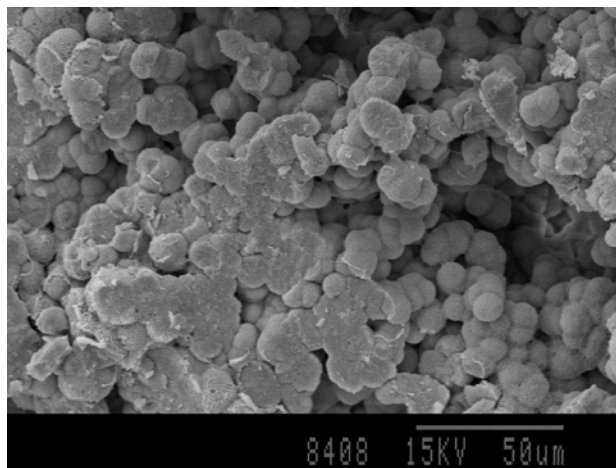
Actualment sabem que la majoria de teixits del cos humà progressivament es van calcificant amb l'edat, encara que el grau de calcificació depèn en gran mesura de cada individu. A aquest fet, a més de ser poc conegut, fins fa poc no s'hi donava gaire importància. Ara bé, en el present sabem que almenys hi ha dos teixits en què la calcificació progressiva pot donar lloc a conseqüències funestes. Es tracta de les calcificacions dels teixits cardiovasculars (artèries i vàlvules cardíques) i d'algunes parts del cervell com la glàndula pineal.

Els mecanismes i les causes pels quals tenen lloc aquests processos de calcificació encara són poc coneguts, i és evident que mentre no es coneguin perfectament i amb detall, no es podran donar solucions efectives per evitar-los. Un aspecte comú a tots aquests processos és que el sòlid que es forma en tots els casos és el mateix, i aquest correspon a un fosfat càlcic insoluble que es coneix com a hidroxiapatita. Curiosament, és el mateix component mineral que forma part de l'os. També sabem que amb el pas del temps la massa òssia es debilita, i així sembla que el que es perd per un cantó (massa òssia) es col·loca en un altre (calcificació indesitjable de teixits blans).

L'objectiu d'aquest article és explicar de forma senzilla tot allò que coneixem sobre aquests processos indesitjables i demostrar que encara que cada un té les seves característiques particulars, hi ha una sèrie d'aspectes comuns a tots que ajuden molt a entendre per què es produeixen i com a conseqüència a emprendre nous estudis i plantejar possibles solucions.

2. Per què hi ha calcificació en augmentar l'edat

Per entendre tots aquests processos s'ha de considerar que el plasma humà (i de tots els mamífers) està sempre sobresaturat d'hidroxiapatita (en conté més quantitat de la que permet la seva solubilitat), el fosfat càlcic que constitueix la majoria de calcificacions tissulars patològiques, així com l'esquelet ossi. Hem de tenir en compte que si no fos així, els ossos no es podrien formar. Considerant aquest fet, també resulta sorprenent que les calcificacions tissulars no siguin més freqüents. Aquí hem de dir que, com veurem,



són molt més freqüents del que creïem, encara que en molts de casos no ens n'adonem, malgrat les funestes conseqüències que comporten. Així doncs, com és que no ens calcifiquem de cap a peus, si el plasma està permanentment sobresaturat de fosfat càlcic? La resposta a aquesta qüestió l'hem de cercar, per una part, en la naturalesa dels processos de cristal·lització, i per l'altra, en la mateixa naturalesa de la vida.

Figura 1. Imatge obtinguda per microscòpia electrònica d'escombratge (SEM) de la hidroxiapatita (fosfat càlcic), que forma part tant de les calcificacions patològiques com de l'estructura de l'os.

Així, s'ha de pensar que la formació de cristalls a partir d'un líquid no és gens fàcil. Suposa passar d'un sistema desordenat com és l'estat líquid, a un sistema totalment ordenat com és l'estat sòlid. En dissolucions pures aquest procés és molt difícil sota un punt de vista del seu mecanisme, i només quan la sobresaturació és molt elevada es forma el sòlid en temps més o menys curts. Per tant, les dissolucions no gaire sobresaturades, encara que siguin estats metaestables, poden aguantar hores, dies i fins i tot anys sense cristal·litzar. Ara bé, quan en aquests casos les dissolucions no són pures, la presència d'alguns sòlids ja constituïts pot accelerar notablement el procés de cristal·lització. Aquests sòlids es coneixen com a nucleants heterogenis i, per tant, actuen com a inductors de la cristal·lització.

El plasma, així com el líquid intersticial d'un teixit sa, és un medi on no hi ha nucleants heterogenis eficaços. Com que la mateixa naturalesa de la vida implica canvi i renovació constants, els temps de permanència dels líquids esmentats dins el teixit no són prou llargs per donar lloc a processos de cristal·lització importants. Ara bé, amb el pas del temps, en envellir, els organismes vius van acumulant errors de funcionament que són conseqüència de la mateixa naturalesa complexa de la vida. El resultat d'aquestes fallades és la producció de material de desfeta que pot actuar com a nucleant heterogeni i, per tant, afavorir els processos de calcificació indesitjables. Encara que l'organisme disposa de mecanismes del sistema immunitari per eliminar les calcificacions patològiques (1, 2), quan el nombre i la mida d'aquestes són massa grans, ja no dona l'abast i és quan apareix el problema de forma irreversible. És evident que la presència d'agents oxidants i citotòxics que poden provenir de la pol·lució ambiental (plom, pesticides...), de substàncies químiques presents als aliments (mercuri en els peixos, pesticides, additius alimentaris...) o al tabac (nicotina, quitrà...) augmenta la probabilitat del dany cel·lular que també generarà nucleants heterogenis que afavoriran la calcificació. Precisament, per ajudar a prevenir aquests processos de manera extensiva, la mateixa naturalesa també disposa de la presència de substàncies anomenades inhibidors de la cristal·lització, que dificulten o impedeixen processos de cristal·lització patològica.

A la sang, des de l'època de Fleisch ja se sabia que el pirofosfat era un inhibidor potent de la cristal·lització de la hidroxiapatita (3, 4), i fa poc nosaltres hem demostrat que el fitat és un altre inhibidor molt potent a nivell tissular del desenvolupament de calcificacions patològiques (5, 6, 7). Aquí, val la pena considerar que el pirofosfat plasmàtic és conseqüència del mateix metabolisme i no es pot controlar de forma exògena, mentre que el fitat, encara que es troba dins les cèl·lules, on sembla que es pot sintetitzar, no s'exporta a l'exterior, de manera que la major part del fitat circulant és d'origen extern i es aportat per la dieta (8, 9, 10).

El fitat es troba en concentracions importants i en forma de sal calcicomagnèsica a les closques i el germen de les llavors vegetals (11, 12), i les úniques llavors senceres que l'humà consumeix (o consumia) de manera important són els llegums, els fruits secs i qualsevol

producte fet amb cereals no refinats. Per tant, la famosa dieta mediterrània suposa un consum aproximat d'1 g de fitat al dia. Uns consums així donen lloc a concentracions plasmàtiques i urinàries màximes, mentre que quan no es produeixen, en un termini de 15-20 dies es pot arribar a nivells tan baixos que siguin no detectables (13).

Per tant, la probabilitat que augmenti el nombre de lesions amb l'edat, així com la disminució de la capacitat del sistema immunitari que es produeix, incrementarà notablement el desenvolupament de calcificacions de teixits tous, de manera que antioxidants i inhibidors de la cristallització actuaran com a protectors enfront d'aquests processos patològics indesitjables.

3. Calcificació cardiovascular

Les calcificacions cardiovasculars són un tipus de calcificació patològica que condueix a la degeneració del sistema cardiovascular en general. És una complicació molt important que s'oblida sovint, malgrat que es pugui donar tant als vasos sanguinis com dins els mateix cor (fonamentalment a les vàlvules). L'aparició de les calcificacions cardiovasculars pot començar a la segona dècada de la vida. Les calcificacions coronàries afecten el 50% de les persones entre 40-49 anys, i el 80% entre 60-69 anys (14, 15). Així, el famós *home de gel*, trobat momificat a una glacera dels Alps del Tirol l'any 1991 i que va ser datat en 5.300 anys d'antiguitat, presentava calcificacions vasculars molt importants, malgrat que s'ha calculat que quan va morir tenia entre 30 i 40 anys.

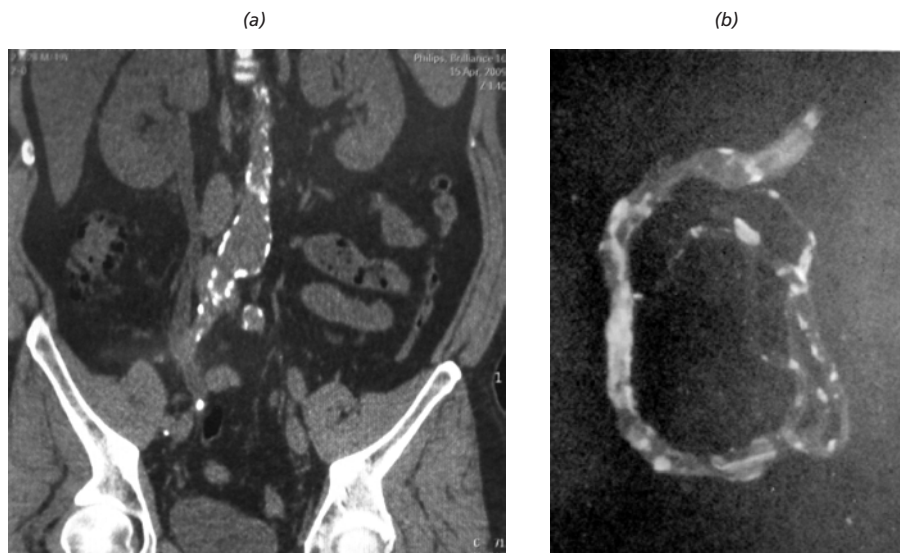


Figura 2. (a) Imatge obtinguda per tomografia axial computada (TAC) de l'abdomen d'un pacient amb importants calcificacions cardiovasculars (s'aprecien a la part central de la imatge). (b) Imatge d'una artèria calcificada de rata.

Les calcificacions cardiovasculars presenten la mateixa estructura i morfologia que qualsevol calcificació de teixit tou, és a dir, corresponen a dipòsits patològics de fosfats càlcics, fonamentalment hidroxiapatita. En les lesions ateromatoses, la calcificació es localitza a la túnica íntima (zona propera a l'epiteli que recobreix la paret interior de les artèries) en forma de punts dispersos durant les primeres etapes de la malaltia i, a mesura que el procés progressa, es produeixen agregacions cristal·lines esferulítics de mida més gran, que estan associades a les regions necròtiques dels ateromes. La segona localització histològica de la calcificació cardiovascular és la túnica mitjana (zona interna de la paret arterial que es troba sota la túnica íntima) i es coneix com a esclerosi de Mönckeberg. Aquesta calcificació es produeix independentment de la calcificació de l'íntima i està associada amb la matriu extracel·lular, rica en elastina i col·lagen. La morfologia típica d'aquesta calcificació durant les primeres etapes de la malaltia és de dipòsits lineals al llarg de la làmina elàstica, i en les lesions avançades, la túnica mitjana es troba plena d'anells circulars de mineral. En alguns casos, a les darreres etapes de la malaltia s'ha observat la presència de matriu òssia amb medul·la òssia. La calcificació de la mitjana s'observa preferentment en gent gran, diabètics i urèmics i és la causa, almenys parcialment, de l'elevada mortalitat per problemes cardiovasculars en malalts amb malalties renals cròniques (16). La calcificació de teixits cardíacs afecta principalment les vàlvules. La vàlvula afectada més sovint és l'aòrtica, de manera que el desenvolupament de dipòsits d'hidroxiapatita condueix a fer que s'endureixi, cosa que pot donar lloc a esqueixos responsables de la seva fallida (17). En general, les implicacions clíniques de les calcificacions cardiovasculars inclouen un risc més alt d'infart de miocardi i un increment d'episodis isquèemics en lesions vasculars perifèriques.

És clar que la calcificació cardiovascular és un problema de salut molt seriós que afecta moltíssima gent, però, què en sabem, del mecanisme patològic que la genera?

Fent un resum de tots els resultats coneguts fins ara, cal destacar, en primer lloc, el fet que estructuralment la morfologia d'aquestes calcificacions era la mateixa que l'observada per a qualsevol altra calcificació de teixit tou, és a dir, hidroxiapatita en forma esferulítica o aspidínica, segons la seva extensió, juntament amb matèria orgànica. Els estudis amb animals d'experimentació també han demostrat clarament que l'existència d'una lesió prèvia és la condició fonamental perquè es pugui iniciar un procés de calcificació. Així, en un dels estudis es demostraven els efectes indesitjables de la nicotina (18). També vàrem comprovar l'important paper protector dels inhibidors de la cristal·lització. Aquí val la pena assenyalar novament que Fleisch, allà els anys seixanta, també va demostrar la importància del pirofosfat com a inhibidor de la calcificació cardiovascular (19). Precisament, en comprovar que no es podia administrar oralment, ja que com hem comentat s'hidrolitza en el tracte gastrointestinal, va plantejar sintetitzar al laboratori composts anàlegs que no s'hidrolitzessin, i així varen néixer els bisfosfonats (20). Probablement, els bisfosfonats són coneguts per molts dels lectors, però no els situen

aquí, sinó que els coneixen per la seva eficàcia en el tractament de l'osteoporosi. Així, en els estudis que es van plantejar per avaluar el seu efecte inhibidor de la cristal·lització patològica es va comprovar que, a la vegada, manifestaven un paper protector molt important de la dissolució del sistema ossi (20). Ara bé, a causa de la toxicitat i els preus elevats d'aquests composts, en l'actualitat es coneixen quasi exclusivament pel seu ús en el tractament de l'osteoporosi.

Aquest comportament dual pot semblar contradictori, però es pot explicar perfectament si es consideren els corresponents processos a nivell molecular. S'ha de tenir en compte que mentre s'impedeix la formació de nuclis cristal·lins gràcies a la seva interacció amb el calci, es dificulta la redissolució dels cristalls ja formats com a conseqüència de la seva adsorció sobre les seves cares.

Considerant les similituds estructurals entre bisfosfonats i fitat, i que aquesta substància té propietats com a inhibidor de la cristal·lització de la hidroxiapatita en teixits tous, com ja s'ha comentat, varem pensar que el fitat podria comportar-se com un potent inhibidor de la calcificació cardiovascular, i així ho varen demostrar tant els estudis *in vitro* (21) com els estudis *in vivo* amb animals d'experimentació que varem desenvolupar (18, 22). Per tant, pirofosfat i fitat serien dos importants inhibidors de la cristal·lització per evitar les calcificacions cardiovasculars, tal com es dona en altres teixits tous.

I les proteïnes, quin paper hi tenen, aquí? Curiosament es reproduïxen els mateixos patrons que varem observar quan comentàvem el desenvolupament de calcificacions papil·lars. Aquí hi ha unes proteïnes que es troben en concentracions considerables, com la fetuïna (23, 24), i d'altres que es troben en molt baixa concentració, com l'osteopontina i l'osteonectina. Novament, hi ha estudis molt recents que demostren que l'acció d'aquestes proteïnes correspon a dos tipus de mecanismes diferents i que, en cap cas, no correspon fonamentalment a un procés d'inhibició de la cristal·lització. Així, les proteïnes que es troben en baixes concentracions actuarien a nivell de senyalització cel·lular i, per exemple, l'osteopontina, igual que en altres teixits tous, s'uniria a la hidroxiapatita senyalitzant-la perquè el sistema immunitari, mitjançant els macròfags (o cèl·lules equivalents), la pugui identificar i destruir. Les glicoproteïnes, com la fetuïna, es troben a elevades concentracions, a més de tenir funció antiadherent; molt recentment també s'ha descobert una interessant funció en la qual la proteïna facilitaria la formació de microcol·loides de fosfat càlcic al plasma sanguini (23). D'aquesta manera es podrien reduir els nivells de fosfat plasmàtic i la sobresaturació de fosfat càlcic disminuiria notablement. De fet, per als malalts amb fallida renal que se sotmeten a diàlisi, la calcificació cardiovascular suposa un greu problema. Precisament aquests malalts presenten valors anormalment baixos de fetuïna (25) i, a la vegada, els seus nivells plasmàtics de pirofosfat són també inferiors als dels individus sans (26). Actualment, i gràcies al suport de la Fundació Barceló, estem desenvolupant

un projecte enfocat a conèixer més bé aquests processos i, en conseqüència, a poder aportar-hi solucions.

Així doncs, considerant tot el que hem comentat, podríem plantejar el següent mecanisme general de desenvolupament d'una calcificació cardiovascular. El procés s'ha d'iniciar, forçosament, com a conseqüència de l'existència d'una lesió, que aportarà els nucleants heterogenis necessaris per iniciar el procés de cristal·lització de la hidroxiapatita. Les causes que poden desencadenar la gènesi de la lesió poden ser molt diverses, tal com el colesterol plasmàtic elevat (disminució del colesterol associat a lipoproteïnes d'alta densitat i increment del colesterol associat a lipoproteïnes de baixa densitat), agents citotòxics (tabaquisme), diabetis, hipertensió, obesitat, insuficiència renal terminal, edat avançada, infeccions bacterianes, etc. L'acció conjunta d'inhibidors de la cristal·lització i el sistema immunitari poden evitar i/o fer revertir el procés de calcificació quan aquest encara no ha adquirit una massa crítica important que el fa ja irreversible. De fet, quan una calcificació adquireix una determinada massa, acaba per comportar-se com a teixit ossi, cosa que no és gens estranya si considerem que es troba en un entorn que li aporta els senyalitzadors i les cèl·lules mare necessàries.

4. Calcificació i Alzheimer

Com és ben conegut, la malaltia d'Alzheimer és una malaltia neurodegenerativa que comporta una pèrdua progressiva de funcions mentals a causa del deteriorament del teixit cerebral. Les causes de la malaltia d'Alzheimer encara són poc conegudes i no hi ha explicacions acceptades unànimement a nivell científic. Així, la hipòtesi més antiga suggereix que aquesta malaltia es deu a la reducció en la síntesi del neurotransmissor acetilcolina. Aquesta hipòtesi no ha tingut un suport important perquè els medicaments que es fan servir per tractar la deficiència colinèrgica no han donat efectes positius.

Una altra hipòtesi més recent (1991) proposa que la causa de la malaltia és l'acumulació anòmla de les proteïnes β -amiloides al cervell dels pacients amb Alzheimer (27, 28, 29, 30, 31). També recentment s'ha relacionat la demència, inclosa la malaltia d'Alzheimer, amb desordres metabòlics, particularment amb la hiperglucèmia i la resistència a la insulina (32, 33).

4.1. Melatonina

La melatonina (N-acetil-5-metoxitriptamina) és una hormona sintetitzada a partir del neurotransmissor serotonina i es produeix, principalment, a la glàndula pineal. S'ha postulat que la melatonina té diverses propietats, que actua com a antioxidant (34, 35, 36, 37), neuroprotector (38, 39) o com a estabilitzador del ritme circadiari (40, 41). Així, actualment es considera que té un paper important en els processos d'envelliment.

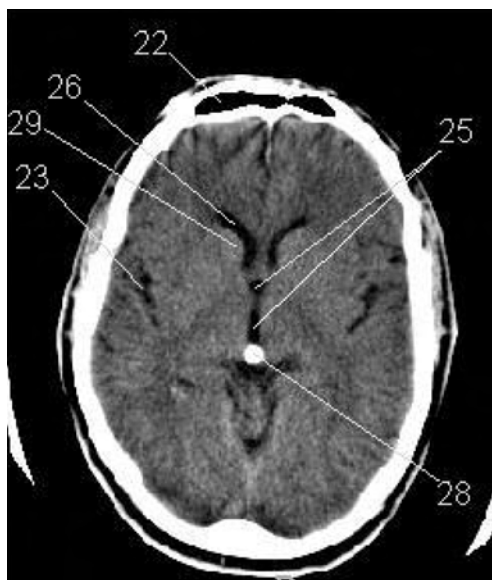


Figura 3. Imatge obtinguda per tomografia axial computada (TAC) d'un cervell d'un pacient amb Alzheimer, on es pot apreciar clarament la glàndula pineal calcificada (assenyalada amb el núm. 28).

L'excreció de melatonina disminueix amb l'edat en tots els humans (42, 43), però aquesta disminució és molt més pronunciada en els pacients d'Alzheimer (44, 45). El mecanisme responsable d'aquesta disminució en l'excreció de melatonina encara no s'ha elucidat totalment, malgrat que actualment és conegut que la glàndula pineal dels humans es calcifica amb l'edat (46, 47). Si es consideren els factors generals implicats en els processos de calcificació de teixits tous que ja hem comentat en el cas de les calcificacions cardiovasculars, la calcificació de la glàndula pineal ha d'implicar forçosament l'existència de lesions del seu teixit que, abans de ser reabsorbides per l'acció del sistema immunitari, actuaran com a nucleants heterogenis de la hidroxiapatita, donant lloc al desenvolupament de calcificacions. És evident que el dèficit d'inhibidors de la cristallització de sals càlciques, com són el fitat i el pirofosfat, afavorirà el procés de calcificació. En aquest sentit resulta interessant tenir en compte que el contingut de fitat al cervell d'animals d'experimentació sans és 10 vegades superior al de la resta de teixits (8, 9), cosa que els protegiria especialment enfront dels processos de calcificació patològica. Precisament hi ha estudis recents que han demostrat que la quantitat de glàndula pineal no calcificada dels pacients amb Alzheimer és menor que l'observada en pacients que presenten altres tipus de demència (48).

Actualment s'ha demostrat també que la melatonina inhibeix la patologia amiloidea. Així, la melatonina inhibeix la formació de la proteïna β -amiloide (49). Finalment és important considerar que hi ha estudis amb humans que indiquen que la disminució en la producció de melatonina per part de la glàndula pineal pot augmentar els nivells d'insulina (50), i un

altre estudi mostra que l'administració d'1 mg de melatonina pot reduir la tolerància a la glucosa i la sensibilitat a la insulina en dones d'edat avançada (51).

4.2. Hipòtesis

D'acord amb els aspectes comentats, l'aparició de lesions de la glàndula pineal, que poden ser degudes a diferents causes (edat avançada, citotòxics, contaminants...), donarà lloc al desenvolupament de calcificacions que seran més extenses com més gran sigui la lesió i més baixa sigui la concentració d'inhibidors de la cristallització presents (pirofosfat i fitat) i més petita sigui la capacitat del sistema immunitari. La calcificació de la glàndula pineal conduirà a una pèrdua de la seva funció, motiu pel qual disminuirà l'excreció de melatonina que aquesta glàndula produeix. Aquesta disminució de melatonina, per una banda, generarà un increment de noves lesions oxidatives (perquè disminueix la capacitat antioxidant), i per una altra, serà responsable de l'augment del dipòsit de la proteïna β -amiloide, que s'associa al desenvolupament de la malaltia d'Alzheimer. Per tant, el dèficit d'inhibidors de la cristallització podria ser un altre factor de risc de desenvolupar aquesta malaltia.

5. Conclusió

Tota calcificació patològica en els mamífers necessita un inductor, un nucleant heterogeni, que inestabilitzi el fluid corresponent que se sol trobar en estat metaestable. Per protegir l'organisme d'aquests processos indesitjables, es disposa de forma natural dels anomenats inhibidors de la cristallització, que són substàncies que els impedeixen o retarden. Si, a més, la cristallització patològica té lloc en un entorn cel·lular (dins un teixit), també pot actuar el sistema immunitari per destruir la calcificació, ja que existeixen proteïnes senyalitzadores. Tota lesió és una font de producció de residus que podran actuar com a nucleants heterogenis, i per tant, amb l'edat la possibilitat que puguin tenir lloc aquests processos s'incrementarà.

En totes les situacions és clar que el procés sols es pot impedir o aturar o pot revertir a les etapes inicials, per tant, en qualsevol cristallització patològica queda ben palès que la prevenció és fonamental i és necessari tenir en compte tots els factors que permeten donar pautes adequades amb aquesta finalitat. Així, citotòxics, antioxidants i inhibidors de la cristallització poden tenir un paper molt important en aquests processos, uns com a inductors, afavorint el desenvolupament de la lesió, i els altres com a protectors, evitant-la. És molt important considerar que en les etapes inicials tots aquests processos són silencis, s'inicien durant la joventut i quan es manifesten ja és massa tard per evitar-los. Així, l'educació en hàbits saludables des de la joventut és una peça clau.

6. Bibliografia

1. Gadeau AP, Chaulet H, Daret D, Kockx M, Daniel-Lamaziere JM, Desgranges C. Time course of osteopontin, osteocalcin, and osteonectin accumulation and calcification after acute vessel wall injury. *J Histochem Cytochem* 2001; 49:79-86.
2. Grases F, Prieto RM, Sanchis P, Saus C, de Francisco T. Role of phytate and osteopontin in the mechanism of soft tissue calcification. *J Nephrol* 2008; 21:768-775.
3. Fleisch H, Bisaz S. Isolation from urine of pyrophosphate, a calcification inhibitor. *Am J Physiol* 1962; 203:671-675.
4. Fleisch H, Bisaz S. Mechanism of calcification: inhibitory role of pyrophosphate. *Nature* 1962; 195:911.
5. Grases F, Prieto RM, Simonet BM, March JG. Phytate prevents tissue calcifications in female rats. *Biofactors* 2000; 11:171-177.
6. Grases F, Perello J, Prieto RM, Simonet BM, Torres JJ. Dietary myo-inositol hexaphosphate prevents dystrophic calcifications in soft tissues: a pilot study in Wistar rats. *Life Sci* 2004; 75:11-19.
7. Grases F, Isern B, Sanchis P, Perello J, Torres JJ, Costa-Bauzá A. Phytate acts as an inhibitor in formation of renal calculi. *Front. Biosci.* 2007; 12:2580-2587.
8. Grases F, Simonet BM, Prieto RM, March JG. Phytate levels in diverse rat tissues: influence of dietary phytate. *Br J Nutr* 2001; 86:225-231.
9. Grases F, Simonet BM, Prieto RM, March JG. Variation of InsP_4 , InsP_5 and InsP_6 levels in tissues and biological fluids depending on dietary phytate. *J Nutr Biochem* 2001; 12:595-601.
10. Grases F, Simonet BM, Vucenik I, Prieto RM, Costa-Bauzá A, March JG, Shamsuddin AM. Adsorption and excretion of orally administered inositol hexaphosphate (IP_6 or phytate) in humans. *BioFactors* 2001; 15:53-61.
11. Reddy NR. Occurrence, Distribution, Content and Dietary Intake of Phytate. En: Reddy NR y Sathe SK, editores. *Foods Phytate*. Boca Raton: CRC Press; 2002; p. 36-63.
12. Reddy NR, Sathe SK, Salunke DK. Phytate in legumes and cereals. *Adv Food Res* 1982; 28:1-92.

13. Grases F, Simonet BM, March JG, Prieto RM. Inositol hexakisphosphate in urine: the relationship between oral intake and urinary excretion. *BJU Int* 2000; 85:138-142.
14. Wexler L, Brundage B, Crouse J, Detrano R, Fuster V, Maddahi J, Rumberger J, Stanford W, White R, Taubert K. Coronary artery calcification: Pathophysiology, epidemiology, imaging methods and clinical implications. *Circulation* 1996; 94:1175-1192.
15. Tintut Y, Demer LL. Recent advances in multifactorial regulation of vascular calcification. *Lipidol* 2001; 12:555-560.
16. Speer MY, Giachelli CM. Regulation of cardiovascular calcification. *Cardiovasc Pathol* 2004; 13:63-70.
17. Farzaneh-Far A, Proudfoot D, Shanahan C, Weissberg PL. Vascular and valvar calcification: recent advances. *Heart* 2001; 85:13-17.
18. Grases F, Sanchis P, Perello J, Isern B, Prieto RM, Fernandez-Palomeque C, Fiol M, Bonnin O, Torres JJ. Phytate (Myo-inositol hexakisphosphate) inhibits cardiovascular calcifications in rats. *Front Biosci* 2006; 11:136-142.
19. Fleisch H, Bisaz S. Isolation from the plasma of pyrophosphate, an inhibitor of calcification. *Helv Physiol Pharmacol Acta* 1962; 20:C52-C53.
20. Fleisch H. Bisphosphonates: mechanisms of action. *Endocrin Rev* 1998; 19:80-100.
21. Grases F, Sanchis P, Costa-Bauzá A, Bonnin O, Isern B, Perello J, Prieto RM. Phytate inhibits bovine pericardium calcification in vitro. *Cardiovasc Pathol* 2008; 17:139-145.
22. Grases F, Sanchis P, Perelló J, Isern B, Prieto RM, Fernández-Palomeque C, Torres JJ. Effect of crystallization inhibitors on vascular calcifications induced by vitamin D: a pilot study in Sprague-Dawley rats. *Circ J* 2007; 71:1152-1156.
23. Heiss A, DuChesne A, Denecke B, Grötzinger J, Yamamoto K, Renné T, Jahnén-Dechent W. Structural basis of calcification inhibition by alpha 2-HS glycoprotein/fetuin-A. Formation of colloidal calciprotein particles. *J Biol Chem* 2003; 278:13333-13341.
24. Reynolds JL, Skepper JN, McNair R, Kasama T, Gupta K, Weissberg PL, Jahnén-Dechent W, Shanahan CM. Multifunctional roles for serum protein fetuin-a in inhibition of human vascular smooth muscle cell calcification. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16:2920-2930.

25. Westenfeld R, Jahnen-Dechent W, Ketteler M. Vascular calcification and fetuin-A deficiency in chronic kidney disease. *Trends Cardiovasc Med* 2007; 17:124-128.
26. Lomashvili KA, Cobbs S, Hennigar RA, Hardcastle KI, O'Neill WC. Phosphate-induced vascular calcification: role of pyrophosphate and osteopontin. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15:1392-1401.
27. Hardy J, Allsop D. Amyloid deposition as the central event in the aetiology of Alzheimer's disease. *Trends Pharmacol Sci* 1991; 12:383-388.
28. Mudher A, Lovestone S. Alzheimer's disease-do tauists and baptists finally shake hands?. *Trends Neurosci* 2002; 25:22-26.
29. Nistor M, Don M, Parekh M, Sarsoza F, Goodus M, Lopez GE, Kawas C, Leverenz J, Doran E, Lott IT, Hill M, Head E. Alpha- and beta-secretase activity as a function of age and beta-amyloid in Down syndrome and normal brain. *Neurobiol Aging* 2007; 28:1493-1506.
30. Lott IT, Head E. Alzheimer disease and Down syndrome: factors in pathogenesis. *Neurobiol Aging* 2005; 26:383-389.
31. Polvikoski T, Sulkava R, Haltia M, Kainulainen K, Vuorio A, Verkkoniemi A, Niinistö L, Halonen P, Kontula K. Apolipoprotein E, dementia, and cortical deposition of beta-amyloid protein. *N Engl J Med* 1995; 333:1242-1247.
32. Biessels GJ, Kappelle LJ, Utrecht Diabetic Encephalopathy Study Group. Increased risk of Alzheimer's disease in Type II diabetes: insulin resistance of the brain or insulin-induced amyloid pathology? *Biochem Soc Trans* 2005; 33:1041-1044.
33. Jagua A, Avila A. Insulina i malaltia d'Alzheimer: una diabetis tipus 3? *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* 2007; 55:6-70.
34. Allegra M, Reiter RJ, Tan DX, Gentile C, Tesoriere L, Livrea MA. The chemistry of melatonin's interaction with reactive species. *J Pineal Res* 2003; 34:1-10.
35. Pappolla MA, Chyan YJ, Poeggeler B, Frangione B, Wilson G, Ghiso J, Reiter RJ. An assessment of the antioxidant and the antiamyloidogenic properties of melatonin: implications for Alzheimer's disease. *J Neural Transm* 2000; 107:203-231.
36. Reiter RJ. Antioxidant actions of melatonin. *Adv Pharmacol* 1997; 38:103-117.

37. Sharman EH, Bondy SC. Effects of age and dietary antioxidants on cerebral electron transport chain activity. *Neurobiol Aging* 2001; 22:629–634.
38. De Butte M, Fortin T, Pappas BA. Pinealectomy: behavioral and neuropathological consequences in a chronic cerebral hypoperfusion model. *Neurobiol Aging* 2002; 23:309–317.
39. De Butte M, Pappas BA. Pinealectomy causes hippocampal CA1 and CA3 cell loss: reversal by melatonin supplementation. *Neurobiol Aging* 2007; 28:306–313.
40. Arendt J. Melatonin: characteristics, concerns, and prospects. *J Biol Rhythms* 2005; 20:291–303.
41. Cardinali DP, Furio AM, Reyes MP. Clinical perspectives for the use of melatonin as a chronobiotic and cytoprotective agent. *Ann NY Acad Sci* 2005; 1057:327–336.
42. Mahlberg R, Tilman A, Salewski L, Kunz D. Normative data on the daily profile of urinary 6-sulfatoxymelatonin in healthy subjects between the ages of 20 and 84. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31:634–641.
43. Zhou JN, Liu RY, Van Heerikhuize J, Hofman MA, Swaab DF. Alterations in the circadian rhythm of salivary melatonin begin during middle-age. *J Pineal Res* 2003; 34:11–16.
44. Liu RY, Zhou JN, Van Heerikhuize J, Hofman MA, Swaab DF. Decreased melatonin levels in postmortem cerebrospinal fluid in relation to aging, Alzheimer's disease, and apolipoprotein E-epsilon4/4 genotype. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:323–327.
45. Skene DJ, Swaab DF. Melatonin rhythmicity: effect of age and Alzheimer's disease. *Exp Gerontol* 2003; 38:199–206.
46. Jovet A, Fevre-Montange M, Besancon R, Derrington E, Saint-Pierre G, Belin MF, Pialat J, Lapras C. Structural and ultrastructural characteristics of human pineal gland, and pineal parenchymal tumors. *Acta Neuropathol (Berl)* 1994; 88:334–348.
47. Zimmermann RA, Bilaniuk LT. Age-related incidence of pineal calcification detected by computed tomography. *Radiology* 1981; 142:659–662.
48. Mahlberg R, Walther S, Kalus P, Bohner G, Haedel S, Reischies F, Kühl K, Hellweg R, Kunz D. Pineal calcification in Alzheimer's disease: An in vivo study using computed tomography. *Neurobiol Aging* 2008; 29:203–209.

49. Pappolla MA, Simovich MJ, Bryant-Thomas T, Chyan YJ, Poeggeler B, Dubocovich M, Bick R, Perry G, Cruz-Sanchez F, Smith MA. The neuroprotective activities of melatonin against the Alzheimer beta-protein are not mediated by melatonin membrane receptors. *J Pineal Res* 2002; 32:135-142.
50. Wolden-Hanson T, Mitton DR, McCants RL, Yellon SM, Wilkinson CW, Matsumoto AM, Rasmussen DD. Daily melatonin administration to middle-aged male rats suppresses body weight, intraabdominal adiposity, and plasma leptin and insulin independent of food intake and total body fat. *Endocrinology* 2000; 141:487-497.
51. Cagnacci A, Arangino S, Renzi A, Paoletti AM, Melis GB, Cagnacci P, Volpe A. Influence of melatonin administration on glucose tolerance and insulin sensitivity of postmenopausal women. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2001; 54:339-346.

Autors

FÈLIX GRASES FREIXEDAS

Barcelona. Doctor en Ciències (1978) i catedràtic de la Universitat de les Illes Balears (1987). Director del Departament de Química de la UIB (1988-1995). Director de l'Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS) (2006) i director del Laboratori d'Investigació en Litiasi Renal des de l'any 1998. Membre numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears des de l'any 2008. Des de l'any 1987 ha dedicat la seva tasca de recerca a l'estudi dels càlculs renals (pedres de ronyó) i calcificacions patològiques (cardiovasculars i salivals).

ANTÒNIA COSTA BAUZÀ

Mallorca. Doctora en Ciències (1990), professora titular de Toxicologia de la Universitat de les Illes Balears i membre del Laboratori d'Investigació en Litiasi Renal des de la seva creació el 1998. Autora del llibre *Cristalización en disolución. Conceptos básicos* (Editorial Reverté, 2000).

**ENVELLIMENT I
FLEXIBILITAT COGNITIVA:
UN ABORDATGE NEUROPSICOLÒGIC**

Envelliment i flexibilitat cognitiva: un abordatge neuropsicològic

Daniel Adrover-Roig
Francisco Barceló Galindo

Resum

En l'actualitat, es considera que l'envelliment cognitiu (mental) esperable és una conseqüència del declivi dels processos de control atencional, els quals es troben governats principalment pels lòbuls prefrontals. Diversos treballs recents han assenyalat que és possible trobar grups de gent gran amb capacitats cognitives preservades i amb un rendiment comparable al dels adults joves. Al present estudi, es va caracteritzar neuropsicològicament una àmplia mostra de gent gran amb nivells formatius heterogenis (personal docent i investigador de la UIB, personal administratiu del Consell Insular de les Illes Balears, estudiants de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB, gent gran sense estudis, persones jubilades, etc.). Es va administrar una extensa bateria neuropsicològica per tal d'explorar si existeix un grup homogeni de gent gran amb capacitats de control cognitiu preservat i de quina manera interacciona aquesta capacitat de control amb l'edat biològica. Els resultats obtinguts assenyalen que existeix efectivament un subgrup de gent gran amb un nivell de control mental equivalent al que presenten els participants joves, el qual sembla no veure's influenciat per l'edat. Emperò, tant la gent gran com les persones amb un baix control atencional mostren una lentificació visuomotora. Especialment, la gent gran que té un baix nivell de control cognitiu és la que mostra una lentificació més gran, un accés més restringit a continguts en memòria a llarg termini i una capacitat més petita de denominació. Els resultats de la present investigació suggereixen que algunes persones grans conserven una alta capacitat cognoscitiva, equivalent a la del adults joves, amb l'excepció d'una lentificació normal en les seves capacitats visuomotors. El gran repte del futur consisteix a descobrir les condicions que permeten envellir amb una ment jove.

Resumen

En la actualidad, se considera que el envejecimiento cognitivo (mental) esperable es una consecuencia del declive de los procesos de control atencional, los cuales se hallan gobernados principalmente por los lóbulos prefrontales. Diversos trabajos recientes han apuntado que es posible hallar grupos de personas mayores con capacidades cognitivas preservadas, las cuales muestran un rendimiento comparable al de los sujetos jóvenes. En el presente estudio se caracterizó neuropsicológicamente una amplia muestra de personas mayores con niveles formativos heterogéneos (personal docente e investigador de la UIB, personal administrativo del Consell Insular de les Illes Balears, estudiantes de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB, personas mayores sin estudios, jubilados, etc.). Se administró una extensa batería neuropsicológica con el objeto de explorar si existe un grupo homogéneo de personas mayores con capacidades de control cognitivo preservado, y de qué manera interacciona esta capacidad de control con la edad biológica. Los resultados obtenidos indican que existe efectivamente un subgrupo de personas mayores con un nivel de control mental equivalente al que presentan los participantes jóvenes, el cual

no parece verse influenciado por la edad. Tanto las personas mayores como las personas con un bajo control atencional muestran una lentificación en los procesos visuomotores. Concretamente, las personas mayores que además presentan un bajo nivel de control son las que muestran una mayor lentificación, un menor acceso a contenidos en memoria a largo plazo y una menor capacidad de denominación. Los resultados de la presente investigación sugieren que algunas personas mayores conservan una alta capacidad cognoscitiva, equivalente a la de adultos jóvenes, con la excepción de una lentificación normal en sus capacidades visomotoras. El gran reto del futuro consiste en descubrir las condiciones que permiten envejecer con una mente joven.

1. Introducció

El present treball pretén cercar respostes per al problema del deteriorament cognitiu (mental) durant el procés d'envelliment, una de les causes principals de discapacitat i dependència a la nostra societat moderna. Segons el I Pla de salut de les Illes Balears (2003-2007), les persones més grans de seixanta-cinc anys constitueixen la franja de població més susceptible de presentar discapacitat i dependència i constitueixen un grup poblacional en ràpid creixement entre els països industrialitzats del nostre entorn. A les Illes Balears, l'esperança de vida l'any 2007 era de setanta-set i vuitanta-dos anys per a homes i dones, respectivament. Aquesta esperança de vida segueix una tendència ascendent a tot Europa en general, en part a causa tant del descens de la taxa de natalitat com de la millora de les condicions mèdiques i econòmiques. Emperò, aquest augment de l'edat mitjana de la població té un efecte secundari: una exposició més gran a patir trastorns dels processos cognitius a causa d'una incidència i prevalença més grans de malalties neurodegeneratives durant la vellesa. Per exemple, a les Illes Balears, la taxa de discapacitat en persones més grans de seixanta-cinc anys augmenta fins a 259 persones per cada 1.000 habitants i més del 40% d'aquestes discapacitats són conseqüència de problemes cognitius o afectacions del sistema nerviós central. Una part important d'aquestes discapacitats deriva de la incidència i prevalença més grans de malalties mentals, cerebrovasculars i degeneratives (I Pla de salut de les Illes Balears, 2003-2007). Afortunadament, durant les dues darreres dècades, els avenços assolits en el camp de la *neurociència cognitiva* han permès desenvolupar protocols molt sensibles per analitzar l'activitat cerebral i cognitiva (Barceló 2001a; Barceló, Knight 2002; Barceló [et al.] 2000), els quals podrien esdevenir eines molt útils per a la detecció primerenca i per a una comprensió més bona dels canvis cognitius que es produeixen durant el procés d'envelliment. Atès que, fins i tot durant l'envelliment normal, sabem que es produeixen canvis tant estructurals com funcionals al cervell (Gunning-Dixon, Raz 2003; Raz [et al.] 1998; Raz [et al.] 2005a), aquest estudi neuropsicològic permetrà aclarir quins *processos de control* mental (executius) es veuen afectats durant l'envelliment no patològic.

La nostra hipòtesi de partida aprofundeix en l'evidència del deteriorament cognitiu associat a l'envelliment normal com una conseqüència de la disrupció estructural i funcional de l'escorça prefrontal (hipòtesi de l'envelliment frontal). Entenem per *escorça cerebral prefrontal* (*prefrontal cortex*) la capa neuronal de la superfície externa cerebral situada a la part anterior del cervell, la qual és responsable de la coordinació dels processos de control atencional [vegeu figura 1]. Per tal de testar les nostres hipòtesis, emprarem tècniques d'anàlisi neuropsicològica, les quals serveixen per avaluar canvis en la funcionalitat de les escorçes d'associació prefrontals i poden ser molt útils a l'hora de detectar canvis subtils en la funció cerebral de la gent gran. En aquest estudi, es caracteritzarà el nivell de control cognitiu de partida d'una àmplia mostra de gent gran provinent de diferents sectors de la població i amb nivells educacionals heterogenis. Aquest treball d'investigació ha estat finançat per la Direcció General de Recerca, Desenvolupament Tecnològic i Innovació de la Conselleria d'Economia, Hisenda i Innovació (Beca Predoctoral ref. FPI04, i projecte núm. PRIB-2004-10136) i pel Ministeri de Ciència i Innovació (projectes núm. BSO2003-03885 i SEJ2007-61728).

Els resultats d'aquest estudi formen part de la tesi doctoral del Dr. Daniel Adrover-Roig, la qual ha estat dirigida pel Dr. Francisco Barceló, i han estat avaluats per a la seva publicació a diverses revistes internacionals:

Adrover-Roig, D.; Barceló, F. (2009): «Individual differences in aging and cognitive control modulate the neural indexes of context updating and maintenance during task switching». *Cortex*. S-08-00338.

Part dels resultats han estat presentats a l'ICON X (*10th International Conference on Cognitive Neuroscience*), Turquia, 2008. Per a consultes, visitau el DOI especificat.

Adrover-Roig, D.; Barceló, F. (2008): «Age-related task-switch costs indexed by slow negative potentials». *Frontiers in Human Neuroscience. Conference Abstract: 10th International Conference on Cognitive Neuroscience*. DOI: 10.3389/conf.neuro.09.2009.01.168.

Adrover-Roig, D.; Barceló, F. (2008): «Temporal constraints influence age-related task-switch costs: evidence from fast and slow brain potentials». *Frontiers in Human Neuroscience. Conference Abstract: 10th International Conference on Cognitive Neuroscience*. DOI: 10.3389/conf.neuro.09.2009.01.170.

2. Marc teòric

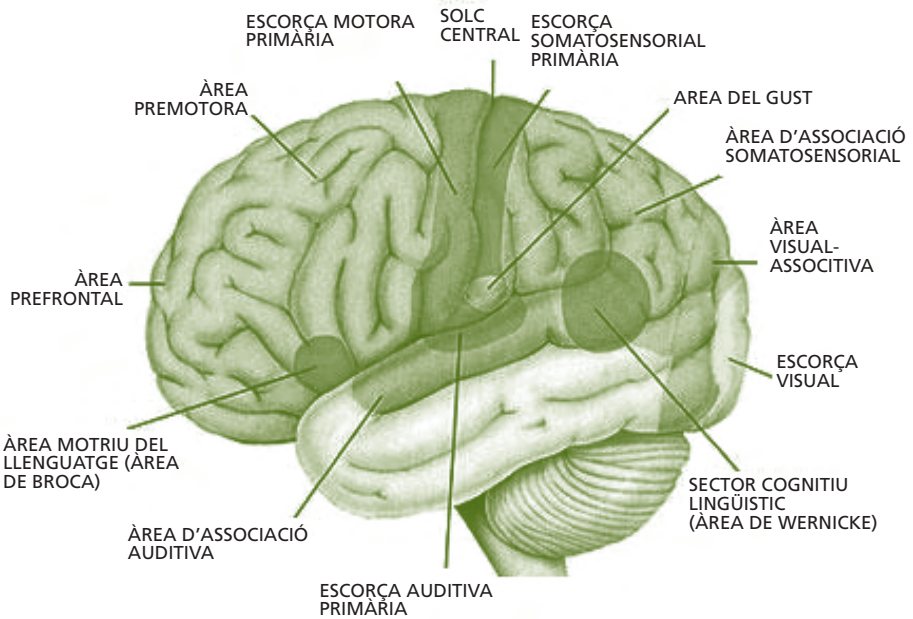
L'estudi del procés d'envelliment mental des de la neurociència cognitiva ens permet relacionar els canvis cognitius amb els seus substrats neurals, les alteracions funcionals de les escorçes cerebrals prefrontal i temporal [vegeu figura 1], les regions crítiques per

a l'emmagatzemament i recuperació de les memòries, com també ens permet relacionar-los amb els feixos d'interconnexió de la *substància blanca*. Els recents avenços en la investigació sobre les *funcions executives* (o també, de control atencional) de la cognició humana han estat possibles gràcies a la implementació de tècniques de neuroimatge i altres protocols recents d'avaluació neuropsicològica (Hedden, Gabrieli 2004; Raz [et al.] 1998; Robbins [et al.] 1998; Robbins [et al.] 1994; Salat [et al.] 2004; Sowell [et al.] 2003). El terme *funcions executives* denota els processos cognitius de caràcter general que ens permeten organitzar i manipular la informació activa en la memòria de treball i canviar de manera flexible el decurs del nostre pensament entre diverses tasques o entre diferents fonts d'informació. Per exemple, el control executiu de l'atenció permet als humans fer coses diferents alhora com, per exemple, mantenir una conversa i gaudir del paisatge mentre conduïm i posam atenció als senyals de trànsit, a la vegada que ajustam la velocitat del vehicle segons les circumstàncies canviants del trajecte.

La investigació sobre la neuropsicologia de l'envelliment cerebral ha pogut establir patrons de deteriorament i estabilitat al llarg del cicle vital (Grady, Craik 2000; Rabbitt, Lowe 2000; Whalley 2001). Tant els estudis transversals com els longitudinals han trobat un declivi en diverses capacitats, com l'establiment de nous aprenentatges, la *memòria de treball* i la *velocitat de processament* mental. La memòria de treball denota un tipus de memòria activa que implica el manteniment i la manipulació de la informació recuperada de la memòria a llarg termini i es troba estretament relacionada amb les funcions executives de la cognició humana (Miyake [et al.] 2000). La velocitat de processament mental denota l'eficiència amb la qual els impulsos nerviosos són conduïts pel cervell i és una conseqüència directa de l'estat de preservació de la *substància blanca cerebral*. La substància blanca es compon principalment de mielina i permet la transmissió de la informació entre diferents parts del cervell. La seva disrupció pot ocasionar un patró de lentificació cognitiva generalitzada (Salthouse 1996).

En canvi, la *memòria a curt termini* (el component-magatzem de la memòria de treball), les memòries autobiogràfiques, el coneixement de tipus declaratiu i el processament emocional romanen relativament estables durant tot el cicle vital (Sowell [et al.] 2003). Aquesta vulnerabilitat diferencial de les diferents capacitats humanes al llarg de la vida s'atribueix als diferents efectes de l'envelliment sobre els diferents sistemes neurals que sustenten aquestes capacitats (Braver, Barch 2002; Lustig, Buckner 2004; Resnick [et al.] 2003; Sowell [et al.] 2003; Van Praag [et al.] 2002). L'envelliment normal comporta canvis anatomofuncionals al sistema frontoestriat, amb una reducció dels nivells de dopamina, noradrenalina i serotonina i una gradual reducció del volum i l'activitat de l'escorça prefrontal (Raz [et al.] 2004b). Aquests canvis es poden observar en persones sense cap símptoma de demència, evolucionen gradualment a les persones adultes i es correlacionen amb el declivi relacionat amb l'edat en les mesures neuropsicològiques de memòria. Aquests canvis anatòmics i funcionals al sistema frontoestriat són la conseqüència de l'envelliment normal.

Gràfic 1 | Regions cerebrals principals del cervell



La hipòtesi de l'envelliment frontal es basa en les semblances que existeixen entre els dèficits neuropsicològics que manifesten les persones grans i els que sofreixen els pacients amb lesions prefrontals com, per exemple, la dificultat per evitar les *distraccions*, cometre errors sense corregir-los posteriorment (*perseveracions*) i un marcat deteriorament en la capacitat de memòria de treball. Investigacions recents han mostrat que les estructures prefrontals presenten els canvis més grans durant l'edat madura (Haug, Eggers 1991; Raz [et al.] 1998; Resnick [et al.] 2003), amb una reducció lineal estimada d'aproximadament un 5% per dècada després dels vint anys d'edat (Raz [et al.] 2004a). Als adults sans, les reduccions més grans en volum s'esdevenen a les regions laterals de l'escorça prefrontal. També s'han trobat canvis significatius de fins a un 3% de reducció de volum per dècada de vida a la substància grisa del nucli caudat, un nucli amb extenses connexions dopaminèrgiques amb l'escorça prefrontal i que és responsable d'algunes de les alteracions cognitives observades a la gent gran (Gunning-Dixon [et al.] 1998; Raz [et al.] 2005a). També s'han observat canvis associats a l'edat en el nivell de concentració de diversos neurotransmissors a l'escorça prefrontal i al nucli estriat. La concentració de dopamina i la densitat de receptors D2 presenten una reducció associada a l'edat d'un 8% per dècada de vida a partir dels quaranta anys (Volkow [et al.] 1998b) i van units a un descens en el metabolisme de la glucosa en les escorces prefrontal, cingular, temporal i al nucli caudat.

Aquests canvis anatòmics i funcionals es corresponen amb canvis en el nivell d'execució cognitiva. El volum de l'escorça prefrontal està correlacionat negativament amb el nombre d'errors per perseveració durant l'execució d'una prova de canvi de criteri, el *Wisconsin Card Sorting Test* (Hartman, Bolton, Fehnel 2001; Raz [et al.] 1998; Stuss [et al.] 2000; Verhaeghen, Hoyer 2007). Aquesta prova neuropsicològica ha estat extensament emprada per mesurar la *flexibilitat mental*, una capacitat que es veu compromesa com a resultat de les alteracions del control executiu de la cognició. Els pacients amb lesions a l'escorça prefrontal tenen dificultats per realitzar correctament aquests tipus de tasques i segueixen classificant els estímuls segons les regles equivocades, que ja no resulten vàlides, malgrat que se'ls informi que el criteri de classificació ha canviat i no és correcte (Fristoe, Salthouse, Woodard 1997; Fuster 1997; Hedden, Gabrieli 2004). Als estudis que han emprat tasques neuropsicològiques de funcions executives, les persones grans solen mostrar una activació frontal més gran que les persones joves, indicatiu de la dificultat més gran per realitzar aquest tipus de tasca, i fins i tot s'ha demostrat que activen aquestes regions durant l'execució de tasques relativament fàcils (Braver [et al.] 2001; DiGirolamo [et al.] 2001; Hedden, Gabrieli 2004).

2.1. Plantejament de l'estudi: la variabilitat individual

A un bon nombre d'estudis que han avaluat la funcionalitat del cervell en persones grans amb *tècniques de neuroimatge* (com l'electroencefalografia i els potencials evocats, la ressonància magnètica funcional i la magnetoencefalografia), la *variabilitat interindividual* entre els subjectes d'edat avançada ha estat ampliament negligida i ha quedat restringida a una simple descripció de la mostra, limitada a una avaluació mínima de l'estat cognitiu i funcional. A diferents treballs sobre envelliment, els grups d'edat avaluats podrien haver-se diferenciat en variables com l'estatus cognitiu de partida, l'estat d'ànim depressiu o la distribució per sexes, fet que limitaria la generalitat de les conclusions extreïtes d'aquests estudis. En canvi, els estudis que han tractat d'establir una separació clara entre les persones grans amb puntuacions altes i baixes en funció executiva han mostrat un declivi més gran en puntuacions de memòria operativa de tipus episòdic en persones grans amb un baix control executiu (Davidson, Glisky 2002). Recentment, West i Schwarb (2006) han mostrat una reducció en l'amplitud de les ones lentes de distribució frontal associades al processament de *senyals preparatoris* (senyals que preparen el subjecte per respondre) en subjectes grans que puntuaven alt en índexs de funció executiva, resultat que posava de manifest la importància de considerar el nivell executiu dels subjectes a l'hora d'avaluar els correlats cerebrals dels seus processos cognitius.

Adicionalment, un estudi recent dut a terme per Goffaux i col·laboradors (2008) va examinar si la capacitat per canviar de tasca en persones grans amb un bon nivell de memòria operativa seria comparable al de les persones joves. Per fer-ho, varen explorar l'amplitud de les ones lentes de polaritat negativa associades a fer dues tasques alhora.

De manera interessant, els adults grans amb baixos nivells de memòria operativa varen mostrar un augment del cost de resposta derivat de tenir en ment dues tasques diferents, quan se'ls va comparar amb un grup de persones grans que presentaven puntuacions elevades en memòria operativa. Els resultats d'aquest estudi coincideixen amb els de West i Schwarb (2006) i mostren una implicació més petita de l'escorça prefrontal en persones grans amb un bon estat cognitiu quan fan dues tasques en alternança. Aquest resultat ha estat interpretat des d'un punt de vista del processament deficitari del context de la tasca per part de les persones grans amb un baix nivell de memòria operativa, els quals suposadament presenten un *excés de dependència del context* quan es preparen per canviar de tasca.

Aquestes troballes concorden amb un model d'activitat cerebral de tipus compensatori (malgrat que ineficient) durant el procés d'envelliment (Cabeza 2002). Segons aquest model, les persones grans amb un bon nivell de control atencional o funció executiva presentarien un risc més petit de patir un declivi cognitiu i presentarien una predisposició més bona per compensar els canvis neuropsicològics associats a l'edat. Per tant, el present treball d'investigació ha tingut com a objectiu principal esbrinar el patró neuropsicològic que es deriva de l'edat avançada, com també caracteritzar el funcionament cognitiu d'una àmplia mostra de persones grans en dos grups: uns amb un elevat control cognitiu i altres amb un baix control cognitiu. Per tant, s'avaluaran tant els efectes de l'edat com del control cognitiu (com també els efectes de la seva interacció) sobre les capacitats cognitives, emprant una àmplia bateria neuropsicològica i una àmplia mostra de persones grans. Amb l'objectiu de millorar la validesa de les nostres interpretacions, es mantindran constants les variables edat, estat d'ànim i distribució per sexes en els subjectes que puntuïn alt i baix en control cognitiu. Per aquests motius, en aquest estudi s'aplicarà un extens protocol neuropsicològic per tractar de caracteritzar individualment el nivell de control atencional, el qual permetrà controlar la variabilitat interindividual, que ha estat poc considerada en estudis previs sobre envelliment cerebral.

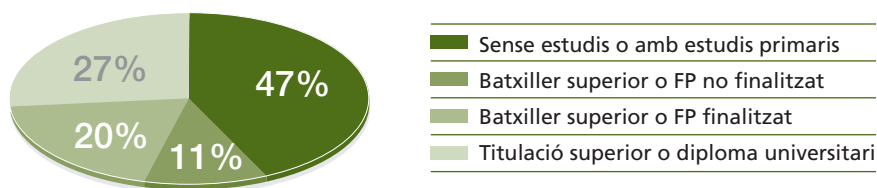
3. Mètode

3.1. Participants

Inicialment, un total de cent cinquanta-cinc persones grans (cinquanta-dos homes) varen participar en aquest estudi (mitjana = 62.5; d.e. = 8.5; rang = 48-91 anys). Els participants varen ser reclutats mitjançant anuncis entre els alumnes del programa universitari per a majors de la UOM (Universitat Oberta per a Majors) de la Universitat de les Illes Balears, (N=80), entre el personal docent i investigador de la Universitat de les Illes Balears (N=25), entre el personal del Consell Insular de Mallorca (N=25), així com també mitjançant una col·laboració científica amb una clínica de Palma (N=25) [vegeu figura 2].

Gràfic 2 | *Procedència de la mostra inicial de N = 155 persones grans*

Quant al nivell educatiu, el 42,8% de la mostra total no tenia estudis o havia cursat únicament estudis primaris; l'11% no havia finalitzat el batxillerat o la FP; el 19,5% havia finalitzat el batxillerat superior o la FP i el 26,6% tenia un diploma universitari o titulacions superiors [vegeu figura 3]. La mitjana dels anys d'escolarització dels participants de la mostra va ser d' $11 \pm 3,9$ i la del QI (quocient intel·lectual) premòrbid estimat, de $110 \pm 19,6$. Respecte de l'estat civil, dos terços dels participants eren casats (N=100) i la resta de la mostra es va distribuir entre vidus (N=28), divorciats (N=21) i solters (N=6).

Gràfic 3 | *Nivell d'estudis reglats de la mostra inicial de N = 155 persones grans***3.2. Criteris d'exclusió de la mostra**

Atès que aquest és un estudi sobre envelliment no patològic, els criteris d'exclusió de la mostra varen ser:

1. Obtenir a la *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein, Folstein, McHugh 1975) una puntuació igual o inferior a 24 (sobre un total de 30).
2. Obtenir a la *Clinical Dementia Rating* (Hughes, Berg, Danzinger 1982) una puntuació de 0,5 punts o superior.

3. Obtenir a l'Escala de depressió geriàtrica (GDS) (Yesavage [et al.] 1983) 14 punts o més sobre 30.
4. Tenir un historial neurològic o psiquiàtric, abús de substàncies, evidències clíniques de dèficit sensorial o ús de fàrmacs d'acció central.

Atès que al present estudi hi va haver certs índexs amb un elevat nombre de valors perduts (per motius de fatiga, principalment), es va procedir a seguir les recomanacions de Creswell (2005), les quals desaconsellen incloure a les anàlisis els casos que tinguin un percentatge de valors perduts que superi el 15%. Dels cent cinquanta-cinc participants de l'estudi, quaranta-un tenien un 15% (o més) de valors perduts. Dels restants cent quatre, vint-i-quatre varen presentar una puntuació inferior a 25 al MMSE; o més gran de 14 a l'escala GDS, o més gran de 0,5 a l'escala CDR. Per tant, la mostra final va estar composta per N=80 participants grans sans (mitjana (anys) = 67.3 ± 5.1; rang = 49-80).

3.3. Proves de cribatge neuropsicològic

En aquesta secció es descriuran tant les proves de cribatge aplicades com les proves neuropsicològiques administrades. L'avaluació neuropsicològica es va realitzar segons les directrius exposades a Robbins [et al.] (1998) i d'acord amb la Declaració d'Hèlsinki (1964). Es va obtenir el consentiment informat de cada participant i posteriorment se li va entregar un informe complet (vegeu annexos 1a i 1b) sobre el seu estat neuropsicològic en un període no superior a les dues setmanes posteriors a l'avaluació. Es varen obtenir mesures de funció executiva mitjançant les proves següents: MCST, TMT, Stroop, FAS, BADS i BRIXTON, tal com es descriu amb detall més endavant. A més d'aquestes proves executives, se'n varen aplicar d'altres, com els textos de l'escala de Weschler (*logical memory*), la clau de nombres (WAIS-III), proves de fluïdesa verbal i semàntica (COWAT-FAS i animals), i el CANTAB-PAL, per tal d'avaluar altres processos, com la memòria a llarg termini, la velocitat de processament, l'accés lèxic i l'aprenentatge associatiu, respectivament. La duració aproximada d'aquesta avaluació va ser de dues hores per participant. Per tal d'evitar efectes de fatiga, l'exploració neuropsicològica es va realitzar en dues sessions de seixanta minuts de duració cadascuna, distanciades per unes dues setmanes.

Proves de cribatge neuropsicològic

MMSE (*Mini-Mental State Examination*; Folstein, Folstein, McHugh 1975)

Dins les escales emprades per quantificar l'estat mental d'una persona, aquesta és una de les més utilitzades. El MMSE és un test que té una alta dependència del llenguatge i consta de diversos ítems relacionats amb l'atenció. Es pot administrar en 5-10 minuts segons l'entrenament de la persona que l'administra. Avalua l'orientació temporal-

espacial, l'atenció, el càlcul, el record, el llenguatge i la visoconstrucció. Cada ítem té un punt de valoració màxima i arriba a un total de trenta punts. A la pràctica diària, una puntuació més petita de 24 pot suggerir inici de demència; entre 23 i 21, una demència lleu; entre 20 i 11, una demència moderada i quan és més petit de 10, una demència severa. A la demència de tipus Alzheimer, la taxa mitjana anual de canvi a la puntuació del MMSE és de 2-5 punts per any. El MMSE té una baixa sensibilitat per al diagnòstic del deteriorament cognitiu lleu, la demència frontal-subcortical i el dèficit focal cognitiu.

Escala GDS (*Geriatric Depression Scale*; Yesavage, Brink 1983)

Es tracta d'un qüestionari autoadministrat que consta de trenta ítems de resposta dicotòmica sí/no per avaluar la depressió geriàtrica. Per la seva construcció i orientació, té un poder discriminatiu més alt en gent gran amb malalties físiques que altres escales com la de Hamilton i la de Zung i ha demostrat que és un eficaç predictor de depressió en estats lleus i moderats de demència. El seu contingut se centra en aspectes cognitius i conductuals relacionats amb les característiques específiques de la depressió en les persones grans. El sentit de les preguntes està invertit de manera aleatòria, amb la finalitat d'anul·lar en la mesura que sigui possible les tendències de resposta unidireccional. El marc temporal s'ha de referir al moment actual o durant la setmana prèvia, amb tendència a utilitzar més aquest darrer en l'aplicació autoadministrada. Cada ítem es valora com a 0/1 i es puntua la coincidència amb l'estat d'ànim depressiu; és a dir, les afirmatives són per als símptomes indicatius de trastorn afectiu i les negatives per als indicatius de normalitat. La puntuació total correspon a la suma dels ítems, amb un rang de 0-30.

Els punts de tall de l'escala són els següents:

No depressió	0-9 punts
Depressió moderada	10-19 punts
Depressió severa	20-30 punts

La seva simplicitat i l'economia d'administració, el fet de no requerir estandardització prèvia i la seva sensibilitat i especificitat han fet que aquesta escala sigui àmpliament recomanada per al cribatge general del pacient geriàtric i per al diagnòstic diferencial de la pseudodemència per depressió.

Escala CDR (*Clinical Dementia Rating*; Hughes, Berg, Danzinger 1982)

L'avaluació de la possible demència es pot explorar mitjançant la classificació clínica de les demències (*Clinical Dementia Rating*-CDR). La seva escala inclou cinc estadis possibles: 0 = normal; 0,5 = qüestionable; 1 = demència lleu; 2 = demència moderada; 3 = demència severa. L'estimació es realitza d'acord amb el rendiment del subjecte en sis modalitats de tipus cognitiu i funcional. Aquestes modalitats són: memòria, orientació, raonament, activitats sociolaborals, activitats recreatives (aficions o passatemps) i cura personal.

3.4. Tests neuropsicològics

Per a tots els participants, el rendiment en la bateria neuropsicològica següent va ser enregistrat per tal d'abraçar diferents capacitats cognitives, incloent la velocitat de processament visuomotora (Clau de nombres, *Wechsler Adult Intelligence Scale*, WAIS-III), memòria visuoespacial (Figura complexa de Rey-Osterrieth; *CANTAB-Paired Associates Learning*, PAL), fluïdesa semàntica (animals), fluïdesa verbal (FAS, *Controlled Oral Word Association Test*, COWAT), accés a continguts en memòria a llarg termini (test de denominació de Boston), memòria operativa (*span* de dígets directe i invers de la bateria WAIS-III), control de la interferència (test de Stroop) i flexibilitat cognitiva (test de Brixton, *Trail Making Test*; *Madrid Card Sorting Test*, MCST).

MCST (*Madrid Card Sorting Test*; Barceló 2003)

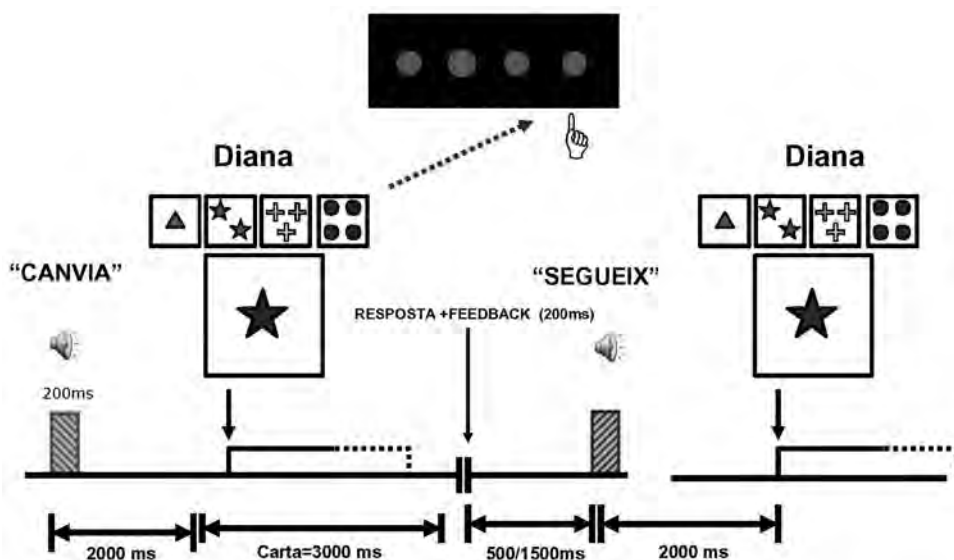
La versió Madrid és una simplificació del WCST (*Wisconsin Card Sorting Test*) convencional que va ser dissenyada per a l'enregistrament simultani dels *potenciats evocats cerebrals* (Barceló 1999; Barceló [et al.] 1997; Barceló 1999; Barceló, Rubia 1998; Barceló 2003). En aquesta versió s'empren les mateixes quatre cartes de referència que en la prova original. Emperò, tan sols s'empren les vint-i-quatre cartes de resposta del WCST que no presenten cap ambigüitat en la seva classificació. És a dir, les cartes l'ordenació de les quals enfront de les cartes de referència no deixa cap dubte quant al criteri de classificació emprat pel subjecte. Per exemple, una carta amb dos triangles vermells presenta una ambigüitat, atès que es pot classificar en un mateix grup atenent al color (vermell) i a la forma de l'element (triangle) [vegeu Figura 4 per a una més bona il·lustració]. En canvi, una carta amb dos triangles blaus no presenta cap ambigüitat, atès que es pot classificar en el primer grup (forma, triangle), en el segon (nombre d'elements), o en el quart (color). La versió informatitzada del MCST reuneix les característiques següents: (a) les cartes presenten un angle visual petit, de 4 x 3,5 graus de camp visual; (b) les respostes es realitzen polsant una botonera de quatre polsadors; (c) les sèries tenen una duració variable d'entre tres i cinc assajos; (d) la tasca completa consisteix en divuit sèries amb una duració aproximada de catorze minuts en subjectes sans; (e) s'expliquen als subjectes les regles de classificació i se'ls informa dels tres criteris de classificació possibles: forma, color o nombre d'elements; (f) també se'ls informa que han de trobar la nova regla al més aviat possible després del canvi de categoria i (g) es permet als subjectes que practiquin la tasca durant cinc minuts abans de passar a realitzar la prova completa.

L'administració manual del MCST (l'aplicada en aquest estudi) reuneix gairebé totes les característiques de la versió informatitzada, amb l'excepció de la (a) i la (b). A més, després de la resposta del subjecte, l'experimentador no va indicar al participant si havia classificat bé o no la carta, sinó que es va limitar a dir «segueix», quan el participant havia de seguir classificant la carta pel mateix criteri, o «canvia», quan el subjecte havia de canviar de regla de classificació [vegeu Figura 4]. És a dir, el subjecte havia d'adaptar el seu criteri de

classificació en funció de les claus dirigides al futur (anticipació), enlloc de fixar-se si ho havia fet bé o malament (retroacció). L'experimentador tenia a la seva disposició el full de resposta per saber per endavant quina era la categoria correcta en cada moment i quan es produïa un canvi a la categoria següent.

L'experimentador situava damunt la taula i davant el participant les quatre cartes de referència [vegeu figura 4], com també el feix de cartes de resposta. A continuació, el subjecte va rebre les instruccions següents: «ara realitzarem una tasca que consisteix a classificar una de les cartes d'aquest feix gros davall d'una d'aquestes quatre cartes de referència, apilant cada carta de resposta damunt de l'anterior i davall la carta de referència corresponent. Les cartes del feix es poden ordenar pel color, per la forma o pel nombre dels seus elements. Vostè haurà de provar amb un d'aquests criteris, jo li indicaré si és o no és correcte dient "segueix" o "canvia", segons el cas. Una vegada trobi el criteri correcte ha de seguir utilitzant-lo per ordenar la resta de les cartes. Emperò, al poc temps, el criteri correcte canviarà i vostè haurà d'esbrinar el nou criteri correcte. Si vol un consell, és millor esperar que el criteri canviï que tractar d'endevinar quan canviarà. En poques paraules, no tracti d'anticipar-se al canvi, però procuri trobar el nou criteri tan aviat com pugui». A continuació, l'experimentador va realitzar una prova utilitzant quinze cartes destinades a la prova i canviant el criteri cada quatre classificacions correctes segons les regles: color - forma - nombre. Si en acabar aquesta prova el participant encara no havia entès les instruccions, se li va explicar de nou la tasca i es va realitzar de nou la fase de prova.

Gràfic 4 | *Madrid Card Sorting Test (Barceló 2003)*



Test de Stroop (Jensen, Rhower 1966)

Les tasques tipus Stroop s'han aplicat a l'estudi d'una àmplia varietat de processos psicològics i avui en dia han arribat a ser un dels mètodes de valoració neuropsicològica més comuns. Les tasques tipus Stroop es basen en el descobriment que és necessari més temps per anomenar els colors de les taques de tinta que llegir paraules i que encara és necessari molt més temps per anomenar els colors de la tinta amb la qual estan impresos els noms de diferents colors, especialment quan la paraula està impresa en una tinta diferent del color que denota aquesta paraula (per exemple, quan la paraula «verd» està impresa en color vermell). Aquest fenomen ha rebut moltes interpretacions. Alguns autors pensen que la lentificació associada a la lectura del color es deu a un conflicte de resposta, a un error en la inhibició de les respostes o a un problema d'atenció selectiva. Els pacients que tenen problemes en aquest tipus de tasca solen presentar també dificultats per concentrar-se i evitar les distraccions. El conflicte de resposta es planteja entre la forma de la paraula, que actua com un estímul dominant, i la tinta amb la qual està impresa la paraula, que és un estímul menys destacat per al lector habitual.

En definitiva, sol considerar-se durant la valoració neuropsicològica com una mesura de l'eficàcia de la capacitat de concentració d'una persona. Malgrat que existeixen diferents formats d'aquesta (Lezak 1995), el format emprat en aquest estudi implica tres tipus d'assaig: (1) lectura de noms de colors impresos amb tinta negra, (2) lectura de creus impreses amb tres tintes (verd, vermell i blau); i (3) lectura de noms de colors impresos amb tres tintes (verd, vermell i blau). Cada assaig consta de cent ítems presentats en pàgines separades i es puntua el nombre d'ítems llegits correctament en quaranta-cinc segons, com també els errors comesos en aquest temps.

Trail Making Test (Reitan 1954)

Aquesta prova va ser desenvolupada per psicòlegs de l'exèrcit nord-americà el 1944, per la qual cosa és de domini públic i pot ser reproduïda lliurement. També ha estat molt emprada com a prova d'escaneig i seguiment visuomotor. La prova té dues parts (A i B). La persona avaluada ha de connectar primer una sèrie de cercles en nombre ascendent (part A, de l'u al vint-i-cinc) i a continuació ha de fer el mateix alternant nombres amb lletres, seguint l'ordre alfabètic (part B: exemple: 1-A-2-B-3-C...). La instrucció que es dona al subjecte és que ho ha de fer tan ràpidament com pugui sense aixecar el llapis del paper. Aquesta prova requereix l'habilitat per rastrejar visualment una escena i comporta un fort component motor, per tant, requereix agilitat i velocitat motora per poder obtenir una puntuació alta. Com altres proves de velocitat motora i atenció, aquesta prova també és molt sensible als efectes de les lesions cerebrals (Lezak 1995). Quan el temps que s'empra per completar la part A és molt més petit que el necessari per completar la part B, el pacient podria manifestar dificultats de rastreig conceptual complex (atenció dividida). Una execució en les dues parts (A i B) podria suggerir algun tipus de dany cerebral, malgrat que aquesta prova aïllada no denota cap problema específic, atès que això podria ser

degut a una lentificació motora, a una falta de coordinació, a dificultats en el rastreig visual, a una pobra motivació o a una confusió conceptual.

La part B és més complexa que la part A, perquè requereix la connexió entre nombres i lletres de manera alternant. En termes de validesa, diversos factors fan que la part B sigui més complexa:

1. Les distàncies entre els nombres són més grans en la part B, la qual cosa es tradueix en la inversió de més temps per unir ordenadament els cercles.
2. La distribució dels cercles a la part B pot provocar una interferència visual.
3. Els processos cognitius necessaris per realitzar l'alternança entre lletres i nombres són més complexos que els necessaris per unir els nombres únicament.

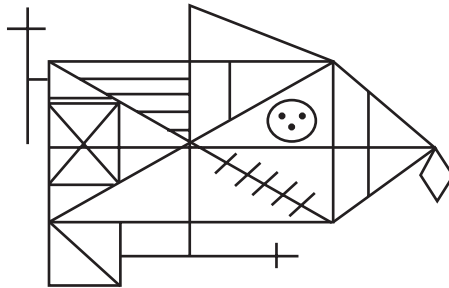
Aquesta part pot ser un bon indicador de disfuncions generals del lòbul frontal i es pot interpretar una pobra execució com un dèficit per executar i modificar un pla d'acció. També pot ser un indicador de lesions frontals focals. No obstant això, la prova no s'empra rutinàriament com a indicador de disfunció frontal, atès que les lesions a l'hemisferi esquerre es correlacionen amb resultats més dolents en aquesta prova. Els temps d'execució de la part B s'han associat amb aquests processos: la discriminació entre nombres i lletres, la integració de dues sèries independents, la capacitat d'aprendre un principi d'organització i d'aplicar-lo sistemàticament, la retenció i la integració serial, la solució de problemes verbals i la planificació. Cadascuna de les parts A i B ha de ser puntuada separatament i s'ha de mesurar el temps requerit per completar cada part. L'execució és avaluada emprant dades normatives, tenint en compte la correlació entre el TMT i factors com l'edat, el quocient intel·lectual i el nivell educatiu. Generalment, el temps necessari per completar les dues formes oscil·la entre cinc i deu minuts. En aquest estudi es va mesurar el temps d'execució de cada part i el nombre d'errades.

Figura complexa de Rey (Rey 1954)

La figura complexa va ser dissenyada per A. Rey (1941) per investigar l'organització perceptiva i la memòria visual en persones amb lesions cerebrals. Osterrieth (1944) va baremar el procediment de Rey i va obtenir dades normatives a partir de l'execució de dos-cents trenta nins sans d'entre quatre i quinze anys d'edat i de seixanta adults d'entre setze i seixanta anys d'edat. L'execució d'aquest test consisteix a sol·licitar al subjecte que copii una figura complexa [vegeu figura 5] a mà i sense límit de temps i es valora la capacitat d'organització i la planificació d'estratègies per a la resolució de problemes, com també la capacitat visuconstructiva. Posteriorment, sense avís previ i sense l'ajuda del model, el subjecte ha de reproduir immediatament i després de tres minuts la mateixa figura, amb la finalitat d'avaluar la capacitat de record material no verbal. Cadascun d'aquests intents es

puntua sobre una escala validada, la qual oscil·la entre 0 i 36 punts. La puntuació mitjana d'un adult és de 32 punts. Al present estudi es va valorar la qualitat de la còpia i de la seva reproducció tres minuts després d'haver-la copiada, sense avis previ.

Gràfic 5 | *Figura complexa de Rey (Rey 1954)*



Test de fluïdesa verbal (COWAT-FAS; Benton, Hamhser 1976)

El FAS també es coneix com a Test d'associació verbal controlada (COWAT) i consisteix en tres assaigs de producció verbal de paraules. Les lletres F, A i S han estat les més emprades per induir la producció verbal des de la seva introducció per Benton i el seu equip i per aquest motiu també es coneix aquesta prova com a «FAS», per referència a aquestes tres lletres. En la seva administració, es demana als subjectes que anomenin durant un minut tantes paraules com siguin capaços d'evocar i que comencin per la lletra indicada, anant amb compte d'evitar noms propis i nombres, així com de repetir les paraules o donar la mateixa paraula amb una terminació diferent. La fluïdesa verbal mesurada amb aquesta prova és sensible al dany cerebral. Les lesions frontals esquerres i dretes tendeixen a reduir la fluïdesa verbal, malgrat que les lesions esquerres afecten de manera molt més severa la puntuació d'aquesta prova.

Test de fluïdesa semàntica (animals)

Molts estudis han demostrat la relació que existeix entre la capacitat per generar paraules a partir d'una categoria donada i l'augment de l'activitat en regions corticals frontals i parietals del cervell. La prova d'anomenar animals s'empra amb freqüència tant a la pràctica clínica com a la investigació. A més, aquesta prova forma part del protocol CERAD (*Consortium for the Establishment of a Registry for Alzheimer's Disease*) per a la valoració de les demències. La fluïdesa verbal es veu afectada durant el procés d'envelliment normal i de vegades aquestes dificultats poden reflectir l'inici d'un procés demenciant. Les troballes assenyalen aquesta prova com a altament sensible a l'hora d'identificar alteracions en la funció cognitiva, més fins i tot que altres proves de fluïdesa de característiques similars (Lezak 1995). El test consisteix bàsicament a dir tots els animals que se li ocorrin al subjecte en un minut de temps.

Test de denominació de Boston (BNT; Kaplan, Goodglass, Weintraub 1983)

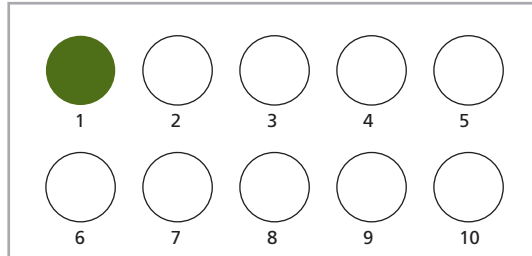
Aquest test de seixanta ítems de denominació per confrontació visual va ser dissenyat per Kaplan, Goodglass i Weintraub (1983) com a part de la bateria per a l'avaluació de les afàsies i trastorns relacionats, més conegut com a Test de Boston. Concretament, l'afàsia és la pèrdua de la facultat de l'expressió de la parla secundària a una lesió cortical. Pot manifestar-se com a afàsia de Broca, de Wernicke, etc. És diferent de la disàrtria (alteració mecànica de l'articulació de la paraula) i de la disfonia (alteració mecànica en la vocalització). Més d'un segle d'investigacions sobre els trastorns afàsics han donat lloc a un acord considerable sobre els dèficits de la funció lingüística. Per exemple, es poden trobar trastorns en la comprensió auditiva, en la denominació d'objectes, l'articulació, la lectura, la repetició, etc. En alguns pacients, la pèrdua de la capacitat per anomenar objectes és desproporcionadament severa, en comparació amb el nivell de fluïdesa i articulació. Això duu el pacient a desenvolupar un discurs «buit», escàs en paraules per expressar el significat concret de les coses. Aquesta pèrdua selectiva de la capacitat per evocar paraules concretes es denomina *anòmia*. Al present estudi, els subjectes havien d'anomenar seixanta objectes diferents, els quals se'ls varen presentar en una llibreta. Es va enregistrar el nombre de respostes correctes.

Test de Brixton (Burgess, Shallice 1997)

Consisteix en un llibre de cinquanta-sis pàgines, cadascuna de les quals mostra el mateix tipus de patró organitzatiu, amb un conjunt de deu cercles en dues files de cinc [vegeu figura 6]. Cada cercle va numerat amb un dígit de l'1 al 10. A cada pàgina, un dels cercles es troba acolorit de blau. La posició del cercle blau pot variar d'una pàgina a la següent. L'examinador mostra al subjecte les pàgines d'una en una i demana que tracti de predir on apareixerà el pròxim cercle blau, per la qual cosa ha de descobrir la regla que segueix el cercle per moure's d'una pàgina a la següent. El test de Brixton és una prova d'adquisició de conceptes (o regles). Aquest tipus de proves, de les quals el millor exemple és per ventura el Test de classificació de cartes de Wisconsin (WCST), suposa un problema per als pacients amb lesions al lòbul frontal, els símptomes disexecutius dels quals es manifesten en forma d'errades en aquest tipus de tasca.

El test de Brixton va ser dissenyat com una prova directa que és més fàcil d'administrar i més agradable per al subjecte que algunes altres proves i també resulta més fàcil i ràpida de puntuar.

Gràfic 6 | Test de Brixton (Burgess i Shallice 1997)



A més, altres tasques d'adquisició de conceptes presenten biaixos en les seves distribucions mostrals en persones sanes, la qual cosa qüestiona la interpretació dels resultats. El test de Brixton ha millorat aquestos biaixos en la seva distribució mostral en la població normal. Es poden cometre diferents tipus d'errades: les perseveracions (per exemple, repetir la resposta anterior), l'aplicació incorrecta d'una estratègia, el fet d'endevinar i les respostes estranyes. Shallice i Burgess (1996) varen trobar que, mentre els pacients amb lesions frontals realitzaven el Brixton més malament que els controls, els pacients amb lesions a regions cerebrals posteriors també emetien moltes més respostes estranyes o d'endevinació. Aquestes troballes suggereixen que la prova mesura l'habilitat per identificar i aplicar una regla, però també detecta tendències envers conductes idiosincràtiques i desadaptades, que durant molt de temps han constituït una de les característiques de la síndrome disexecutiva. Al present estudi es va comptabilitzar el nombre total d'errades.

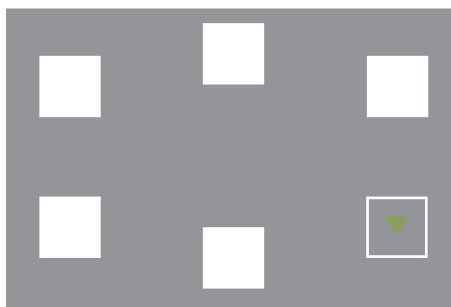
CANTAB-PAL (Paired Associates Learning; Robbins [et al.] 1998)

Aquest test posa a prova la capacitat de memòria visuoespacial i consisteix a recordar la posició de la pantalla de l'ordinador on apareix un estímul abstracte (sense càrrega cultural). Progressivament, apareixen més estímuls (fins a un total de vuit) seguint un ordre aleatori i amb un lapse temporal prefixat entre cada presentació. En acabar cada assaig, se li demana al subjecte on ha aparegut l'estímul que al final de la presentació es mostra a la part central de la pantalla i el participant ha de recordar on es trobava (darrera de quin recuadre blanc, vegeu figura 7). El nombre màxim d'estímuls a recordar és de vuit. Per tant, s'enregistra una mesura molt precisa de la capacitat de la memòria visual, juntament amb una corba d'aprenentatge, atès que l'experiment s'atura quan la persona ha après tota la sèrie correctament. Es va enregistrar el nombre d'errades totals, el nombre d'errades durant la fase de sis elements i el nombre mitjà d'assaigs erronis fins a l'emissió d'una resposta correcta.

El test PAL, les sigles del qual en anglès signifiquen «aprenentatge de parells associats», s'empra a molts hospitals i a més de quatre-centes universitats per al diagnòstic primerenc dels problemes de memòria i forma part del cribatge per a la detecció de moltes

malalties neurodegeneratives, com per exemple la malaltia d'Alzheimer. Consisteix en un procediment de resposta demorada, que tracta d'avaluar diferents aspectes de la memòria visuoespacial. Per exemple, el nombre de figures situades correctament durant el primer intent constitueix un indicador de la memòria de treball inicial i de l'amplitud de memòria de llistat. Així mateix, el nombre d'assaigs necessaris per aprendre totes les associacions visuals proporciona una mesura de la capacitat d'aprenentatge associatiu visuoespacial de la persona avaluada. Les avaluacions han indicat una gran sensibilitat als canvis cognitius en una extensa varietat de trastorns neuropsicològics i psiquiàtrics, la qual cosa converteix el PAL en una potent eina per a l'ús sanitari. Els elevats índexs de sensibilitat i especificitat asseguren l'adequació en el diagnòstic i la monitorització dels pacients en el decurs del temps.

Gràfic 7 | CANTAB-PAL (Robbins [et al.] 1998)



Clau de nombres (WAIS-III, Weschler 1999)

En aquesta prova, el participant ha de copiar, en un temps de dos minuts, el màxim nombre de símbols que pugui. Cada número s'associa a un símbol. La tasca consisteix a anar fixant-se en el número actual i copiar el símbol associat (el qual es pot veure a la part superior del full de resposta). Aquesta mesura s'ha associat amb la capacitat de velocitat de processament visuomotor (Salthouse 1996). Per al present estudi, es va enregistrar el nombre d'elements copiats correctament.

Dígits (WAIS-III, Weschler 1999)

La prova dels dígits consta de dues parts d'aplicació independent: dígits en ordre directe i dígits en ordre invers. En ambdós casos, l'examinador llegeix en veu alta una sèrie de nombres. A la part de dígits directes, el participant ha de repetir la seqüència en el mateix ordre que s'ha presentat; a la part de dígits inversos, l'haurà de repetir en ordre invers. Es varen enregistrar tant la puntuació directa (nombre total d'assaigs correctes) com la puntuació *span* (nombre d'assaigs complets correctes, cada sèrie consta de dos assaigs).

Aquesta prova s'ha associat a la capacitat de memòria de treball (Stuss 2000).

Detecció de valors extrems (*outliers*)

Amb l'objectiu de controlar el tipus d'error associat a la variància sistemàtica secundària (associada a la variable dependent), es va estudiar el percentatge de valors extrems de les diferents mesures neuropsicològiques. Un valor es va considerar extrem (*outlier*) quan sobrepassava la mitjana més/menys tres desviacions estàndard. En els casos en què es va complir aquesta condició, el valor es va substituir per la mitjana més tres desviacions estàndard (o menys tres desviacions estàndard, segons correspongués). En aquest sentit, els valors extrems no arribaren al 3% en cap de les mesures enregistrades, la qual cosa fa que minvi considerablement l'error associat a la variància sistemàtica secundària.

3.5. Procediment

Fase de pilotatge

Amb anterioritat a la fase d'obtenció de dades, es va realitzar una prova pilot amb vint-i-cinc subjectes. L'objectiu del pilotatge va ser obtenir les opinions dels participants respecte de la bateria neuropsicològica administrada, el context d'aplicació i les seves necessitats. Això es va realitzar amb l'objectiu de corregir els errors que durant aquesta fase varen sorgir, d'acord amb els suggeriments de Mertens (2005).

Cada participant va ser avaluat en dues sessions d'una hora de duració cadascuna, aproximadament. Cada participant va llegir i firmar un full de consentiment, el qual explicava el procediment a seguir, informava de la no-invasivitat de l'estudi i de la llibertat d'abandonar-lo en qualsevol moment, si ho creia convenient. Una vegada corregits i puntuats els tests neuropsicològics, es va citar la persona per fer-li entrega d'un informe i comentar el seu estat cognitiu actual [vegeu annexos 1a i 1b]. En el cas que fos necessari, es varen fer les recomanacions oportunes per millorar el seu estat i per prevenir un empitjorament futur.

3.6. Estimació dels grups independents: edat versus control cognitiu

En aquest estudi, es va estimar la capacitat de control cognitiu assumint un cert índex de generalitat del constructe de control cognitiu, el qual es compon de diferents components, com la memòria operativa, la flexibilitat cognitiva (alternança de tasques) i la capacitat inhibidòria. Les funcions descrites com a «executives» són abstractes, es componen de diversos elements i varien en el seu grau d'associació (Salthouse, Atkinson, Berish 2003). Malgrat que es pot argumentar que no existeix cap *golden standard* per mesurar el constructe de funció executiva (o nivell de control cognitiu), les mesures emprades en el present estudi constitueixen algunes de les proves més utilitzades i

s'assumeix que representen d'una manera adequada el constructe de control executiu de l'atenció (Ettenhofer, Hambrick, Abeles 2006), el qual és relativament estable en els seus components constituents (Ettenhofer, Hambrick, Abeles 2006). Diversos autors han indicat la necessitat de mesurar o estimar el nivell de control cognitiu atenent a diversos dels seus components, atès que aquest constructe no es pot reduir a una sola capacitat, com per exemple, el nivell de memòria operativa. En correspondència amb aquesta idea, Ettenhofer, Hambrick i Abeles (2006) varen mostrar que, mentre les tasques d'*span* de memòria es correlacionen amb els índexs de memòria operativa i d'actualització de continguts, les seves correlacions amb altres mesures executives, com el WCST o la Torre de Hanoi no són significatives.

D'acord amb això, i atès que la variabilitat individual del constructe és considerable, diversos autors han proposat que la manera més bona d'estimar-les és mitjançant l'ús de múltiples mesures diferents (Raz [et al.] 1998; Robbins [et al.] 1998; Salthouse [et al.] 2003). Per aquest motiu, en el present estudi, el nivell de control cognitiu fou calculat com la mitjana aritmètica d'onze puntuacions estandarditzades, que mesuren diversos processos executius i que han estat associats a la literatura amb el control cognitiu: Stroop interferència (nombre d'ítems i d'errades), TMT (B:A), dígit directes i inversos, FAS (nombre d'ítems i d'errades), test de Brixton (nombre d'errades) i MCST (nombre de sèries eficients, nombre de distraccions o errades aleatòries i nombre d'errades perseveratives). Aquest índex compost es va utilitzar per caracteritzar els participants no segons la seva edat biològica, sinó segons el seu nivell de control atencional, a partir de la mitjana de la puntuació composta de control cognitiu (Z).

4. Resultats de l'estudi neuropsicològic

4.1. Efectes de l'edat

La taula I presenta un resum tant de les variables demogràfiques com neuropsicològiques per als grups conformats a partir de la seva edat i a partir del seu nivell de control cognitiu. Els grups d'edat es varen formar a partir de la mitjana grupal de la variable contínua edat, la qual cosa va permetre formar un grup d'adults joves (rang = 49-60, mitjana (DE) = 55,6 (2,8)) i un grup d'adults grans (rang = 61-80, mitjana (DE) = 67,3 (5,1)). Els dos grups d'edat no es varen diferenciar en els seus anys d'escolarització formal (adults joves = 12; adults grans = 11,4), ni en les puntuacions en l'escala CDR (adults joves = .03; adults grans = .03), ni en les seves puntuacions d'estat d'ànim depressiu (adults joves = 6,2; adults grans = 6,2), ni en la seva distribució per sexes (adults joves = 62,5% de dones; adults grans = 69% de dones). Emperò, els adults joves varen mostrar una puntuació més bona a l'escala MMSE que els grans (adults joves = 29,7; adults grans = 29,3).

4.2. Efectes del control cognitiu

Una vegada obtingut l'índex individual compost, després de fer la mitjana de les puntuacions Z, utilitzant cadascuna de les puntuacions de control cognitiu, es va obtenir la mitjana de la mostra (N=80), la qual va ser .06, a partir de la qual es varen obtenir els dos grups de control cognitiu (control alt i control baix) [vegeu taula I i figura 8]. De manera interessant, els adults joves i grans no es varen diferenciar en la puntuació composta Z ($t_{78} = 1.2$, $p < .4$). Emperò, com es podia esperar, els subjectes amb control alt presentaren puntuacions Z molt superiors que els subjectes amb control baix ($t_{78} = 13.24$, $p < .0001$). Els grups de control alt i baix no es varen diferenciar en la seva edat ($t_{78} = -1.47$, $p < .144$), [vegeu taula I]. La interacció del factor edat amb el factor control no va ser significativa ($F_{1,76} = 1.99$; $p = .17$).

Taula 1 | *Mesures (error estàndard) de les puntuacions Z de l'índex compost de control cognitiu entre els grups d'edat i de control*

Edat		p	Control		p
Joves	Grans		Alt	Baix	
.07 (.04)	-.01 (.04)	ns	.39 (.04)	-.38 (.04)	<.0001
Adults joves		p	Adults grans		p
Alt	Baix		Alt	Baix	
.43 (.05)	-.33 (.06)	<.0001	.39 (.06)	-.40 (.05)	<.0001

Els participants amb control alt i baix es varen diferenciar en totes les mesures executives que formaren part de l'índex compost de control cognitiu, amb l'excepció del nombre de perseveracions [MCST; vegeu taula II]. Emperò, els adults joves i els grans es varen diferenciar únicament en les proves de dígitos inversos, el nombre d'errors al test de Brixton i en el nombre de perseveracions en el MCST.

4.3. Interaccions entre l'edat i el control cognitiu

Tant els adults grans com els subjectes amb control cognitiu baix varen mostrar puntuacions més baixes que els adults joves i subjectes amb control alt en puntuacions de velocitat de processament [Clau de nombres; vegeu taula III]. Per tant, es pot assumir que els dos grups principals (edat i control) es varen diferenciar substancialment en el seu nivell de control cognitiu general, malgrat que no en totes les seves puntuacions integrants [vegeu figura 9] i tant els adults grans com els participants amb un baix control cognitiu presentaven una lentificació en la seva velocitat de processament [vegeu taula III].

Taula 2 | Mitjanes (desviacions estàndard) de les variables neuropsicològiques per a adults joves, grans i en subjectes amb control alt i baix

	Factor edat				Factor control cognitiu				Mostra total N=80
	<=60 anys (n=40)		<60 anys (n=40)		Alt (n=40)		Baix (n=40)		
	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)	P <	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)	Mitjana (DE)	P <		
Edat	55,6 (2,8)	67,3 (5,1)	***	60,4 (7,4)	62,5 (6,9)	ns	61,5 (7,2)		
Educació (anys)	12,0 (3,7)	10,4 (3,7)	ns	12,1 (3,6)	10,3 (3,8)	*	11,2 (3,8)		
MIMSE	29,7 (0,6)	29,3 (0,7)	**	29,6 (0,5)	29,4 (0,8)	ns	29,5 (0,7)		
Stroop paraules	101,6 (14,2)	93,3 (18,2)	*	99,2 (16,3)	95,8 (17,1)	ns	97,5 (16,7)		
Stroop colors	67,2 (10,5)	62,6 (11,1)	ns	67,3 (10,9)	62,5 (10,7)	*	64,9 (11)		
Stroop PC	39,2 (7,5)	35,7 (9,9)	ns	41,3 (8,4)	33,6 (7,8)	***	37,4 (8,9)		
TMT-A	33,5 (10,1)	42,6 (16,5)	**	36,7 (11,3)	39,4 (16,8)	ns	38,0 (14,3)		
TMT-A errades	0,0 (0)	0,0 (0,2)	ns	0,0 (0,2)	0,0 (0)	ns	0,0 (0,1)		
TMT-B	68,9 (20,4)	104,8 (56,4)	***	70,3 (28,5)	103,5 (53,7)	**	86,9 (45,9)		
TMT-B errades	0,4 (1,1)	0,6 (0,9)	ns	0,4 (0,7)	0,7 (1,2)	ns	0,5 (1)		
TMT B:A	2,2 (0,8)	2,5 (1,1)	ns	2,0 (0,6)	2,7 (1,1)	**	2,3 (1)		
Span directe	8,6 (2,4)	8,2 (2,2)	ns	9,5 (2,3)	7,3 (1,8)	***	8,4 (2,3)		
Span invers	6,8 (1,7)	5,7 (2,3)	*	7,4 (1,8)	5,1 (1,6)	***	6,2 (2,1)		
FAS	37,6 (9,6)	34,8 (13,7)	ns	41,2 (10,6)	31,2 (10,9)	***	36,2 (11,8)		
FAS (errades)	1,9 (2)	1,9 (2,5)	ns	1,4 (1,5)	2,4 (2,7)	ns	1,9 (2,2)		
Boston	55,9 (3,7)	53,3 (6,3)	*	57,2 (3)	52,0 (5,8)	***	54,6 (5,3)		
Boston (errades)	39,6 (16,6)	33,2 (17)	ns	38,1 (21,1)	34,7 (11,6)	ns	36,4 (17)		
Brixton (errades)	15,4 (5)	18,5 (6,4)	*	13,2 (4,2)	20,7 (4,9)	***	16,9 (5,9)		
MCST eficients	9,2 (1,8)	8,3 (2,7)	ns	9,5 (1,9)	8,0 (2,5)	***	8,8 (2,3)		
MCST distraccions	2,1 (1,4)	2,1 (1,6)	ns	1,7 (1,4)	2,4 (1,5)	*	2,1 (1,5)		
MCST perseveracions	0,4 (0,8)	1,0 (1,2)	*	0,5 (1)	0,9 (1,1)	ns	0,7 (1,1)		
Control cognitiu (Z)	0,1 (0,4)	-0,1 (0,5)	*	0,5 (0,2)	-0,5 (0,3)	***	0,0 (0,5)		

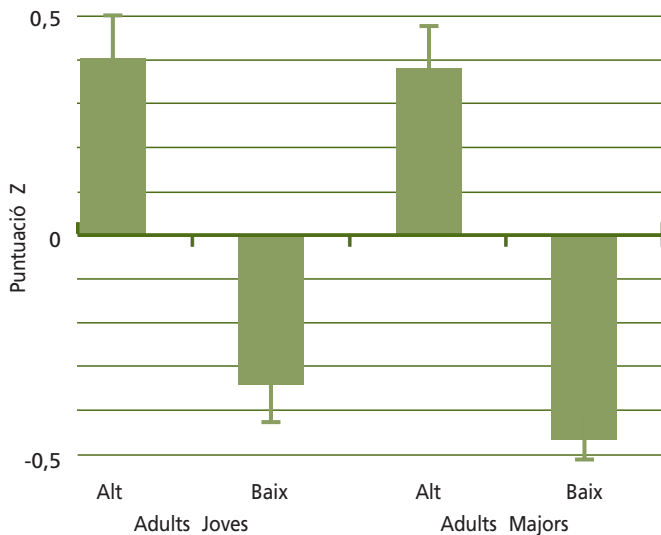
Font: MMSE= Minimal State Examination; CDR; Stroop PC = nombre de colors denominats a la condició incongruent, TMT= Trail Making Test; MCST= Madrid Card Sorting Test (eficients = nre. de sèries eficients; distraccions = nre. d'errades per distracció, perseveracions = nre. d'errades perseveratives).

Taula 3 | Mitjanes (desviació estàndard) de les variables neuropsicològiques comparades entre adults joves i grans dividits pel seu nivell de control cognitiu (N=80)

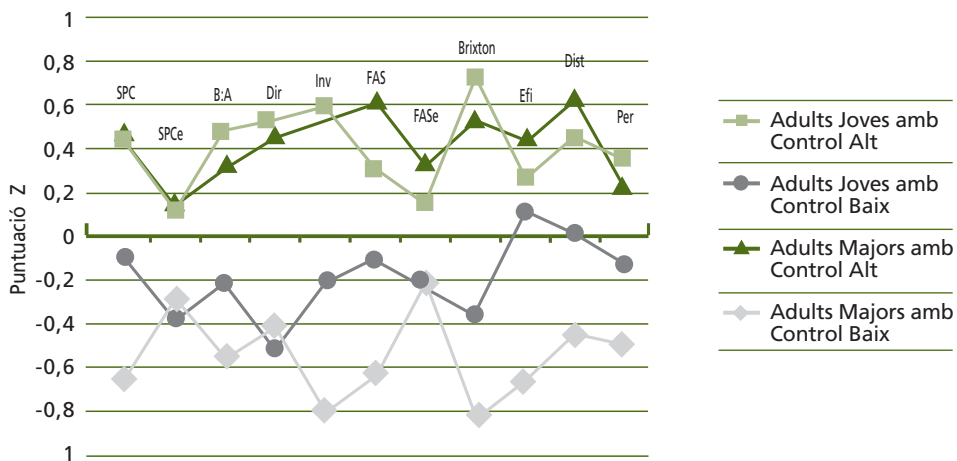
	Joves Alt (n = 23)	Joves Baix (n = 17)	Grans Alt (n = 17)	Grans Baix (n = 23)	Edat	Control	Edat x control
Control (Z)	.4 (.05)	-.31 (.06)	.38 (.06)	-.44 (.05)	ns	***	ns
Edat	54.2 (.9)	55.6 (1)	68.5 (1)	68.3 (.9)	***	ns	ns
Educació (anys)	12.2 (.7)	11.6 (.8)	11.7 (.8)	9.8 (.7)	ns	*	ns
MMSE	29.7 (.13)	29.6 (.15)	29.5 (.15)	29.1 (.13)	*	ns	ns
CDR	0 (.02)	.06 (.03)	0 (.03)	.06 (.02)	ns	*	ns
GDS	5.9 (.73)	6.9 (.85)	5.8 (.85)	6.6 (.73)	ns	ns	ns
Stroop P	101.8 (3.4)	101.3 (3.9)	95.6 (3.9)	91.6 (3.4)	*	ns	ns
Stroop C	67.8 (2.2)	66.3 (2.5)	66.5 (2.5)	59.8 (2.2)	ns	*	ns
Stroop PC ^s	41.2 (1.6)	36.4 (1.9)	41.2 (1.9)	31.5 (1.6)	ns	***	ns
TMT-A	34.1 (2.8)	32.4 (3.3)	40.1 (3.3)	44.4 (2.8)	**	ns	ns
TMT-B	63.4 (8.2)	76.3 (9.6)	79.5 (9.6)	123.5 (8.2)	***	**	.08
TMT-B (errades)	.34 (.20)	.53 (.23)	.35 (.23)	.78 (.20)	ns	ns	ns
TMT B:A ^s	1.88 (.18)	2.54 (.21)	2.04 (.21)	2.88 (.18)	ns	***	ns
Digits directes ^s	9.61 (43)	7.2 (50)	9.43 (52)	7.3 (43)	ns	***	ns
Digits inversos ^s	7.43 (35)	5.82 (41)	7.31 (42)	4.6 (35)	ns	***	ns
Rey còpia	35.6 (60)	33.7 (7)	34.7 (7)	33.6 (60)	ns	*	ns
Rey memòria	22.4 (1.2)	18.4 (1.4)	20.2 (1.4)	14.1 (1.2)	*	**	ns
COWAT-FAS ^s	39.7 (2.2)	34.7 (2.5)	43.1 (2.5)	28.6(2.2)	ns	***	*
Fluïdesa semàntica	23.2 (1)	22.7 (1.2)	23.2 (1.2)	18.2 (1)	ns	*	*
Test de Boston	57.7 (.94)	53.5 (1.1)	56.4 (1.1)	50.9 (.94)	ns	***	ns
PAL (1r corr.)	18.2 (1)	15.8 (1.2)	17.6 (1.2)	13.9 (1.1)	ns	**	ns
PAL (errades)	3.65 (1)	6.5 (1.2)	4.6 (1.3)	7.8 (1.1)	ns	**	ns
Brixton (errades) ^s	12.7 (.93)	19.1 (1.1)	13.8 (1.1)	21.8 (.93)	ns	***	ns
Clau de nombres	61.8 (2.7)	60.5 (3.2)	65.9 (3.2)	42.9 (2.7)	**	***	**

Font: MMSE = Mini-Mental State Examination; CDR = Clinical Dementia Rating Scale; GDS = Geriatric Depression Scale; Stroop P = Stroop paraules; Stroop C = Stroop color; Stroop PC = Stroop paraules-color; TMT = Trail Making Test; PAL = Paired Associate Learning (nre. d'ítems, correctament col·locats en primer lloc), nre. d'errades totals); Z = puntuació estandaritzada composta de control cognitiu. ^s puntuacions emprades per calcular la puntuació composta de control cognitiu. * p <.05; ** p <.01; *** p <.001; ns, no significatiu.

Gràfic 8 | *Puntuacions Z derivades de l'estimació del nivell de control cognitiu en adults joves i grans amb control cognitiu alt i baix*



Gràfic 9 | *Puntuacions Z de les subproves que conformen l'estimació del nivell de control cognitiu en adults joves i grans amb control cognitiu alt i baix*



Nota al peu (Figura 9). SPC = Stroop paraula x color, SPCe = nre. d'errors a l'Stroop paraula x color, B:A = Trail Making Test B/A, Dir = dígets ordre directe, inv = dígets ordre invers, FAS = fluïdesa semàntica, FASe = nre. d'errors al FAS, Brixton = nre. d'errors al test de Brixton, Efi = nre. de sèries eficients al MCST, Dist = núm. de distraccions al MCST, Per = nre. de perseveracions al MCST.

5. Discussió dels resultats

Estudis previs conclouen que les funcions executives es componen d'un nombre de processos cognitius separables però molt relacionats (Della Sala [et al.] 1998; Miyake [et al.] 2000). Aquests autors han demostrat que el constructe de funció executiva no és unitari, sinó que es compon de subunitats que es poden mesurar. En aquest sentit, Miyake [et al.] (2000) varen emprar una anàlisi d'equacions estructurals i varen reportar que el constructe de funció executiva es composava d'almenys tres components relacionats: l'*actualització* de continguts en memòria, el *canvi atencional* i la *inhibició*. Emperò, també varen mostrar que aquests subcomponents comparteixen un element comú. Els resultats d'aquest estudi han permès estimar aquest element comú (el nivell de control cognitiu) en persones grans i han afegit, a més, proves de fluència verbal i semàntica que no es varen incloure al treball pioner de Miyake [et al.] (2000), però que s'han postulat com el quart component de les funcions executives (accés a continguts en memòria a llarg termini), segons un estudi recent (Fisk, Sharp 2004). En aquest sentit, la fluïdesa verbal és una mesura molt emprada per mesurar la integritat del lòbul frontal (Parkin, Jara 1999). Baddeley (1996) ja va introduir l'activació temporal de continguts en memòria a llarg termini com un dels mecanismes del sistema executiu. Un any després, va reportar correlacions significatives entre les proves de fluïdesa semàntica amb mesures de memòria a llarg termini, però no amb proves de memòria a curt termini. Al present estudi, els adults joves i grans no es varen diferenciar en proves de fluïdesa, però el grup de control alt va presentar puntuacions molt superiors al grup de control baix en aquestes proves, resultat que posa de manifest la implicació d'aquest tipus de prova en el control cognitiu (vegeu taula III).

Els dos grups de control (alt, baix) formats en aquest estudi compleixen les principals directrius derivades d'estudis recents que han emprat anàlisi de variable latent a l'hora d'avaluar el nivell de control cognitiu. En primer lloc, diversos autors han proposat que el control cognitiu abraça —com a mínim— processos i conceptes com la inhibició, la memòria operativa i el canvi atencional (Miyake [et al.] 2001; Salthouse [et al.] 2003). Segons Salthouse [et al.] (2003, pàg. 566), «no és sorprenent que a la llum de la importància de la funció executiva com a constructe teòric i la seva rellevància a les diferències de funcionament cognitiu associades a l'edat els investigadors hagin postulat la seva mediació en mesures de funcionament cognitiu».

Atès que l'estimació del nivell de control cognitiu es va fer tenint en compte onze índexs diferents, es pot assumir que, tant de manera segregada com de manera conjunta, els grups amb control cognitiu alt i baix varen presentar una capacitat executiva molt diferent. En contraposició, malgrat que és cert que el grup d'adults grans va presentar puntuacions inferiors als joves en alguns dels índexs integrants (dígitos inversos, nombre d'errades al test de Brixton, nombre d'errades perseveratives

al MCST), el seu índex compost no es va diferenciar. En primer lloc, diferents estudis han demostrat que una puntuació baixa a una prova no implica necessàriament un baix nivell de funció executiva (Miyake [et al.] 2001, pàg. 53), per la qual cosa s'ha arribat a la conclusió que la funció executiva és un concepte a la vegada unitari i divers (Miyake [et al.] 2001; Huizinga, Dolan, Van der Molen 2006). Per tant, i atès que diverses concepcions modernes sobre les funcions executives i el control cognitiu suggereixen que existeix una base comuna o un mecanisme unificador que pot caracteritzar la naturalesa dels dèficits associats al lòbul prefrontal (Duncan [et al.] 1996), es pot assumir que al present treball la capacitat de control cognitiu com a element unitari no s'ha diferenciat entre els adults joves i els adults grans.

En segon lloc, el treball dut a terme per Miyake i col·laboradors (2001) va assenyalar la importància d'administrar de manera sistemàtica múltiples tasques executives amb l'objectiu d'entendre més bé el nivell de preservació global d'un pacient. Els autors també varen considerar convenient i recomanable utilitzar més d'una tasca que avaluàs el mateix procés cognitiu o executiu. Al present estudi vàrem utilitzar més d'una prova per subprocés, la qual cosa pot garantir la validesa i representativitat de cadascun dels processos mesurats. Amb l'objectiu d'entendre de manera més profunda les conclusions extretes d'aquest estudi, ens podem demanar quin és el mecanisme que diferencia les persones pel seu estatus de control cognitiu, però no per la seva edat biològica. Diversos treballs han proposat que aquest candidat pot ser el manteniment actiu tant de la meta com del context de la tasca a la memòria operativa (O'Reilly [et al.] 2002; Engle [et al.] 1999a, 1999b). En aquest sentit, la memòria operativa té un paper fonamental en diverses propostes explicatives sobre la funció executiva, a les quals el paper crucial del lòbul prefrontal és el manteniment de les metes, els plans i la informació rellevant per la tasca en curs. Per exemple, Engle i col·laboradors (1999a, 1999b) varen proposar que el component crucial de la capacitat de memòria operativa és l'atenció controlada, la qual constitueix una capacitat de domini lliure que o bé mantén o bé inhibeix representacions d'informació a la memòria operativa. A la seva explicació, qualsevol tasca que impliqui el control de l'atenció (per exemple, mantenir un objectiu en ment, resoldre el conflicte entre alternatives, suprimir informació irrellevant, monitoritzar i accedir a continguts que es troben a la memòria a llarg termini, etc.) requeriria processos de control atencional, sigui quina sigui la tasca executada.

Per tant, la capacitat per mantenir activa la informació rellevant per a la tasca i la seva meta a la memòria operativa durant el processament controlat de la informació podria constituir la base de la comunalitat observada en els diferents integrants de les funcions executives, factor que podria representar el nivell de control cognitiu explorat en aquest estudi.

6. Conclusions

En aquest estudi hem investigat l'impacte tant de l'edat com del control cognitiu en diversos processos mentals i hem tractat de caracteritzar si una mostra nombrosa de persones grans es pot dividir entre els que preserven un bon control atencional i els que no, mantenint constant l'edat, la distribució per sexes i l'estat d'ànim. Per tant, ens hem centrat a investigar de quina manera interacciona l'edat amb el control cognitiu de les persones grans a l'hora de seleccionar la informació rellevant per a la tasca i d'inhibir la irrellevant. A continuació, s'exposaran de manera breu les principals conclusions a les quals s'ha arribat i es perfilaran tant les limitacions com les propostes de millora del present estudi.

1. El control cognitiu no depèn de l'edat

El present estudi ha demostrat que és possible mantenir un nivell de control elevat amb independència de l'edat a la qual s'arribi. Aquest nivell de control elevat pot derivar d'una activació més bona i un manteniment dels continguts rellevants per a la tasca en curs.

2. Els adults grans amb un bon control cognitiu poden rendir igual que els joves

Els resultats del present estudi han permès caracteritzar un subgrup d'adults grans que presenta un perfil neuropsicològic preservat i equiparable als dels més joves, la qual cosa sembla indicar que presenten una bona capacitat en la seva *plasticitat cerebral*, que consisteix en els canvis produïts al sistema nerviós com a resultat de l'experiència, l'aprenentatge i l'estil de vida (concepte també anomenat *reserva cognitiva*).

3. Les persones grans i les que presenten baix nivell de control mostren lentificació

Sembla que un elevat control cognitiu no eximeix les persones grans de presentar una certa lentificació. Emperò, aquesta lentificació s'agreuja considerablement en les persones grans que a més presenten un baix nivell de control atencional.

4. L'accés a continguts en memòria a llarg termini i la denominació empitjora en persones grans que a més presenten un baix nivell de control atencional

Els processos de fluïdesa verbal i semàntica, com també l'evocació de noms correctes per a objectes, es poden preservar en persones grans que mantenen un control atencional elevat, però les persones grans amb baix control cognitiu mostren un declivi molt accentuat en aquesta capacitat.

A continuació s'assenyalaran les limitacions metodològiques i conceptuals d'aquest treball d'investigació que són susceptibles de millora.

7. Limitacions de l'estudi

Es poden perfilar una sèrie de limitacions de tipus metodològic i conceptual en aquest estudi. En primer lloc, s'hauria d'assenyalar que la perllongada duració del protocol d'avaluació (fins a dues hores i mitja) ha suposat en determinats casos l'exclusió d'alguns participants, els quals es fatigaven durant l'avaluació, o bé no podien realitzar totes les proves seleccionades. En segon lloc, atès que les funcions executives són un constructe que consta a la vegada d'unitat i de diversitat (Miyake [et al.] 2000), la caracterització del control cognitiu en funció de subgrups integrants i diferenciats (el nivell de memòria operativa, la inhibició o la capacitat de canvi atencional) permetria atribuir les diferències trobades a processos executius més específics. Probablement, aquesta distinció resultaria més fina que considerar un constructe global de «control cognitiu», el qual sempre pot implicar en una mateixa puntuació composta una combinació heterogènia de processos preservats i deficitaris. En tercer lloc, seria desitjable avaluar una mostra més heterogènia, la qual pogués presentar puntuacions veritablement baixes en els constructes avaluats. Això podria assolir-se diversificant les fonts de les quals s'han reclutat els participants. En quart lloc, la fiabilitat dels resultats obtinguts augmentaria considerablement amb un estudi longitudinal en lloc d'un estudi de cohorts, atès que s'eliminarien moltes variables de tipus sociodemogràfic que no es poden controlar amb aquest disseny, com per exemple, les de tipus sociodemogràfic (Schaie 2000). En cinquè lloc, seria recomanable incloure a la mostra avaluada un grup d'adults d'entre trenta i quaranta-cinc anys aproximadament, la qual cosa permetria explorar el patró de resultats obtinguts des d'edats més primerenques. Per acabar, atès que ja disposam d'estudis que han mostrat evidències de l'impacte de l'activitat física i de la sedentarietat sobre la capacitat executiva de les persones grans, seria desitjable avaluar aquesta variable i preveure-la com a possible factor modulador del control atencional dels participants (Hillman [et al.] 2006; Themason, Hillman, Curtin 2007).

8. Referències bibliogràfiques

- Baddeley, A. (1996): «The fractionation of working memory». *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96 (24): 13468-13472.
- Barceló, F. (1999): «Electrophysiological evidence of two different types of error in the Wisconsin Card Sorting Test». *Neuroreport*, 10(6): 1299-1303.
- Barceló, F. (2001a): «Does the Wisconsin Card Sorting Test measure prefrontal function?». *Spanish Journal of Psychology*, 4(1): 79-100.
- Barceló, F. (2003): «The Madrid card sorting test (MCST): a task switching paradigm to study executive attention with event-related potentials». *Brain Research. Brain Research Protocols*, 11(1): 27-37.
- Barceló, F.; Knight, R. T. (2002): «Both random and perseverative errors underlie WCST deficits in prefrontal patients». *Neuropsychologia*, 40(3): 349-356.
- Barceló, F. [et al.] (2000): «Attentional set shifting modulates the target P3b response in the Wisconsin card sorting test». *Neuropsychologia*, 38(10): 1342-1355.
- Barceló, F., Rubia, F. J. (1998): «Non-frontal P3b-like activity evoked by the Wisconsin Card Sorting Test». *Neuroreport*, 9(4): 747-751.
- Barceló, F. [et al.] (1997): «The Wisconsin Card Sorting Test and the assessment of frontal function: a validation study with event-related potentials». *Neuropsychologia*, 35(4): 399-408.
- Benton, A. L.; Hamsher, K. (1976): *Multilingual aphasia examination*. Iowa City: University of Iowa.
- Braver, T. S.; Barch, D. M. (2002): «A theory of cognitive control, aging cognition, and neuromodulation». *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26(7): 809-817.
- Burgess, P. W.; Shallice, T. (1997): *The Hayling and Brixton tests*. Thames Valley Test Company, Bury St. Edmunds, UK.
- Cabeza, R. [et al.] (2002): «Aging gracefully: compensatory brain activity in high-performing older adults». *Neuroimage*, 17(3): 1394-1402.
- Creswell, J. W. (2005): «Educational research: Planning, conducting and evaluating

quantitative and qualitative research». Upper Sadle River: Pearson Education Inc.

Davidson, P. S.; Glisky, E. L. (2002): «Is flashbulb memory a special instance of source memory? Evidence from older adults». *Memory*, 10(2): 99-111.

Della Sala, S. [et al.] (1998): «Frontal lobe functioning in man: the riddle revisited». *Archives of Clinical Neuropsychology*, 13(8): 663-682.

Duncan, J. (1996): «Cooperating brain systems in selective perception and action». A: Inui, T.; McLelland, J. L. (ed.): *Attention and Performance XVI* (pàg. 549-578): Cambridge, MA: MIT Press.

Engle, R. W., Kane, M. J.; Tuholski, S. W. (1999a): «Individual differences in working memory capacity and what they tell us about controlled attention, general fluid intelligence, and functions of the prefrontal cortex». A: Miyake, A.; Shah, P. (ed.): *Models of working memory: Mechanisms of active maintenance and executive control*, pàg. 102-134. New York: Cambridge University Press.

Engle, R. W. [et al.] (1999b): «Working memory, short-term memory, and general fluid intelligence: A latent variable approach». *Journal of Experimental Psychology. General*, 128: 309-331.

Ettenhofer, M.; Hambrick, D. Z.; Abeles, N. (2006): «Reliability and Stability of Executive Functioning in Older Adults». *Neuropsychology*, 20 (5): 607-613.

Fisk, J. E.; Sharp, C. A. (2004): «Age-related impairment in executive functioning: updating, inhibition, shifting, and access». *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26(7): 874-890.

Folstein, M. F., Folstein, S. E.; McHugh, P. R. (1975): «Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician». *Journal of Psychiatric Research*, 12(3): 189-198.

Fristoe, N. M., Salthouse, T. A.; Woodard, J. L. (1997): «Examination of age-related deficits on the Wisconsin Card Sorting Test». *Neuropsychology*, 11(3): 428-436.

Fuster, J. M. (1997): Network memory. *Trends in Neuroscience*, 20(10): 451-459.

Goffaux, P. [et al.] (2008): «Neurophysiological measures of task-set switching: effects of working memory and aging». *Journals of Gerontology. Section B. Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(2): 57-66.

Grady, C. L.; Craik, F. I. (2000): «Changes in memory processing with age». *Current Opinion in Neurobiology*, 10(2): 224-231.

Gunning-Dixon, F. M.; Raz, N. (2003): «Neuroanatomical correlates of selected executive functions in middle-aged and older adults: a prospective MRI study». *Neuropsychologia*, 41(14): 1929-1941.

Hartman, M.; Bolton, E.; Fehnel, S. E. (2001): «Accounting for age differences on the Wisconsin Card Sorting Test: decreased working memory, not inflexibility». *Psychology and Aging*, 16(3): 385-399.

Haug, H.; Eggers, R. (1991): «Morphometry of the human cortex cerebri and corpus striatum during aging». *Neurobiology of Aging*, 12(4): 336-338.

Hedden, T.; Gabrieli, J. D. (2004): «Insights into the ageing mind: a view from cognitive neuroscience». *Nature Reviews Neuroscience*, 5(2): 87-96.

Hillman, C. H. [et al.] (2006): «A cross-sectional examination of age and physical activity on performance and event-related brain potentials in a task switching paradigm». *International Journal of Psychophysiology*, 59 (1): 30-39.

Hughes, C. P.; Berg, L.; Danzinger, W. L. (1982): «A new scale for the staging of dementia». *British Journal of Psychiatry*, 140: 566-572.

Huizinga, M.; Dolan, C. V.; Van der Molen, M. W. (2006): «Age-related change in executive function: developmental trends and a latent variable analysis». *Neuropsychologia*, 44(11): 2017-2036.

Jensen, A. R.; Rohwer, W. D., Jr. (1996): «The Stroop color-word test: a review. *Acta Psychologica (Amsterdam)*, 25(1): 36-93, 1966.

Kaplan, E.; Goodglass, H.; Weintraub, S. (2001): *The Boston Naming Test*. 2nd Edition. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins, 2001. Boston Diagnostic Aphasia Examination.

Lezak, M. D. (1995): *Neuropsychological assessment* (3a ed.). Nova York: Oxford University Press.

Lustig, C.; Buckner, R. L. (2004): «Preserved neural correlates of priming in old age and dementia». *Neuron*, 42(5): 865-875.

Mertens, D. M. (2005): *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.

Miyake, A. [et al.] (2000): «The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis». *Cognitive Psychology*, 41(1): 49-100.

Miyake, A. [et al.] (2001): «How are visuospatial working memory, executive functioning and spatial abilities related? A latent variable analysis». *Journal of Experimental Psychology: General*, 130: 621-640.

O'Reilly, R. C. [et al.] (2002): «Prefrontal cortex and dynamic categorization tasks: representational organization and neuromodulatory control». *Cerebral Cortex*, 12(3): 246-257.

Parkin, A. J.; Java, R. I. (1999): «Deterioration of frontal lobe function in normal aging: Influences of fluid intelligence versus perceptual speed». *Neuropsychology*, 13 (4): 539-545.

Rabbitt, P.; Lowe, C. (2000): «Patterns of cognitive ageing». *Psychological Research*, 63(3-4): 308-316.

Raz, N. [et al.] (1998): «Neuroanatomical correlates of cognitive aging: evidence from structural magnetic resonance imaging». *Neuropsychology*, 12(1): 95-114.

Raz, N. [et al.] (2005a): «Regional brain changes in aging healthy adults: general trends, individual differences and modifiers». *Cerebral Cortex*, 15(11): 1676-1689.

Raz, N. [et al.] (2004b): «Differential aging of the medial temporal lobe: a study of a five-year change». *Neurology*, 62(3): 433-438.

Reitan, R. M. (1954): *Trail making test: manual for administration and scoring*. Tucson, AZ: Reitan Neuropsychology Laboratory.

Resnick, S. M. [et al.] (2003): «Longitudinal magnetic resonance imaging studies of older adults: a shrinking brain». *Journal of Neuroscience*, 23(8): 3295-3301.

Rey, A. (1954): *L'examen clinique en psychologie*. París: Presses Universitaires de France.

Robbins, T. W. [et al.] (1998): «A study of performance on tests from the CANTAB battery sensitive to frontal lobe dysfunction in a large sample of normal volunteers: implications for

theories of executive functioning and cognitive aging. Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery». *Journal of the International Neuropsychological Society*, 4: 474-90.

Robbins, T. W. [et al.] (1994): «Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB): a factor analytic study of a large sample of normal elderly volunteers». *Dementia*, 5(5): 266-281.

Salat, D. H. [et al.] (2004): «Thinning of the cerebral cortex in aging». *Cerebral Cortex*, 14(7): 721-730.

Salthouse, T. A. (1996): «The processing-speed theory of adult age differences in cognition». *Psychological Reviews*, 103(3): 403-428.

Salthouse, T. A.; Atkinson, T. M.; Berish, D. E. (2003): «Executive functioning as a potential mediator of age-related cognitive decline in normal adults». *Journal of Experimental Psychology: General*, 132 (4): 566-594.

Schaie, K. W. (2000): «The impact of longitudinal studies on understanding development from childhood to old age». *International Journal of Behavioral Development*, 24 (3): 257-266.

Shallice, T.; Burgess, P. W. (1996): «Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man». *Brain*, 114, 727-741.

Sowell, E. R. [et al.] (2003): «Mapping cortical change across the human life span». *Nature Neuroscience*, 6(3): 309-315.

Stuss, D. T. [et al.] (2000): «Wisconsin Card Sorting Test performance in patients with focal frontal and posterior brain damage: effects of lesion location and test structure on separable cognitive processes». *Neuropsychologia*, 38(4): 388-402.

Themanson, J. R.; Hillman, C. H.; Curtin, J. J. (2006): «Age and physical activity influences on action monitoring during task switching». *Neurobiology of Aging*, 27: 1335-1345.

Van Praag, H. [et al.] (2002): «Functional neurogenesis in the adult hippocampus». *Nature*, 415(6875): 1030-1034.

Verhaeghen, P.; Hoyer, W. J. (2007): «Aging, focus switching, and task switching in a continuous calculation task: evidence toward a new working memory control process». *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B. Aging Neuropsychology, and Cognition*, 14(1): 22-39.

Volkow, N. D. [et al.] (1998b): «Parallel loss of presynaptic and postsynaptic dopamine markers in normal aging». *Annals in Neurology*, 44(1): 143-147.

Weschler, D. WAIS-III. (1999): *Escala de intel·ligencia de Wechsler para adultos-III. Manual t cnico*. Madrid: TEA Ediciones.

West, R.; Schwarb, H. (2006): «The influence of aging and frontal function on the neural correlates of regulative and evaluative aspects of cognitive control». *Neuropsychology*, 20(4): 468-481, 2006.

Yesavage, J. A. [et al.] (1983): «Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report». *Journal of Psychiatric Research*, 17(1): 37-49.

9. Annexos

(vegeu documents pdf adjunts)

INFORME NEUROPSICOLÓGICO

DATOS DE LA EVALUACIÓN

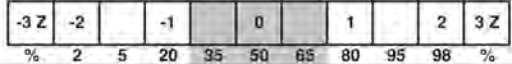
Nombre: XXXX XXXX
 Edad: 65
 Dirección: ---
 Teléfono: ---
 Fecha pasación: 17,08,2005
 Evaluador/a: Daniel Adrover



PROYECTO MENTFLEX

Responsable: Dr. Francisco Barceló
 Unidad de Neuropsicología Clínica
 Universidad de las Islas Baleares
 Tel: 971 17 2750/2014
 Email: f.barcelo@uib.es

Puntos Z %til



ESTADO MENTAL GENERAL

MINI-MENTAL 30 1.7 96

ATENCIÓN

STROOP-SP 115 1.0 83
 STROOP-SC 83 -2.2 99
 STROOP-SPC 36 0.2 59
 FIG REY-COPIA 30 -0.1 44
 FIG REY-COPIA_t 132 0.9 82
 TMT-TA 27 0.9 81

MEMORIA VISUAL

FIG REY-MEM 9 -2.3 1
 CANTAB - PAL 14 -1.0 17

MEMORIA VERBAL

Textos-II (Demorado) 89 -0.7 23
 BOSTON 45 -1.8 4

MEMORIA DE TRABAJO

WAIS-DÍGITOS_{dir} 5 0.0 49
 WAIS-DÍGITOS_{inv} 3 -0.6 27
 Textos-I (Inmediato) 66 -2.3 1

FUNCIONES EJECUTIVAS

MCST - Eficientes 7 -0.4 34
 MCST - Aleatorias 2 0.1 55
 MCST - Perseverativas 3 -1.6 5
 BRIXTON 23 -1.2 11
 ZOO 2 -0.4 35
 FAS Total 35 -0.2 42
 ANIMALES 21 0.7 77
 TMT-TB 132 -3.4 0

RECOMENDACIONES

Véase también hoja adjunta

PUNTOS DEBILES

MEMORIA VISUAL
 FUNCIONES EJECUTIVAS

PUNTOS FUERTES

ESTADO MENTAL GENERAL
 ATENCIÓN

RESUMEN DE RESULTADOS

AREA EXPLORADA

VALORACIÓN

ESTADO MENTAL GENERAL

Nivel Alto

El estado mental general es un indicador de la capacidad de la persona para manejarse por sí sola en la vida diaria. Las pruebas empleadas para su evaluación incluyen aspectos tales como el nivel general de memoria, la capacidad para orientarse en el espacio y en el tiempo, la capacidad para hacer cálculos numéricos sencillos, y las habilidades básicas de lectura y escritura.

ATENCIÓN

Nivel Alto

La atención permite seleccionar la información relevante y mantener la concentración durante largos períodos de tiempo, mientras realizamos las tareas diarias. Un buen nivel de atención es necesario para trabajar con otras personas en un entorno bullicioso, o ruidoso, y también para seguir el hilo argumental de una película, de un libro, de un artículo en la prensa, o de una conversación.

MEMORIA VISUAL

Nivel Bajo

La memoria declarativa de tipo visual se refiere a la información que podemos visualizar conscientemente en nuestra imaginación, y depende de nuestra capacidad para adquirir, retener, y posteriormente, para recuperar imágenes visuales de forma consciente e intencionada. Por ejemplo, para recordar los detalles de un vestido, o los contenidos de la nevera, se necesita una buena memoria visual.

MEMORIA VERBAL

Nivel Bajo

La memoria declarativa de tipo verbal se refiere a la información que podemos verbalizar conscientemente, como historias y letras de canciones, y depende de nuestra capacidad para adquirir, retener, y posteriormente, recuperar hechos y datos consciente e intencionadamente. Por ejemplo, para relatar las noticias que oyó en la radio, o que leyó en el diario necesita una buena memoria verbal.

MEMORIA DE TRABAJO

Nivel Medio

La memoria de trabajo nos permite retener pequeñas cantidades de información durante poco tiempo, mientras realizamos tareas, como marcar un número de teléfono (de tipo verbal), o mientras seguimos el callejero de una ciudad (de tipo visual). La memoria de trabajo retiene temporalmente la información en nuestra mente, antes de almacenarla o de olvidarla definitivamente.

FUNCIONES EJECUTIVAS

Nivel Bajo

El sistema ejecutivo es la capacidad para organizar toda la información que se encuentra en nuestra memoria, y ello nos permite razonar y hacer juicios de valor, resolver problemas de forma eficiente, planificar y estructurar nuestro tiempo de trabajo y de ocio, y ser capaces de distinguir lo nuevo de lo conocido, incluso si ha cambiado algún detalle de su aspecto inicial (p.ej., un traje nuevo).

Sus puntuaciones en algunas pruebas de memoria y funciones ejecutivas se encuentran un poco por debajo de lo deseable, aunque su rendimiento global es muy aceptable. Algunas de las siguientes recomendaciones pueden ayudarle a mejorar su funcionamiento:

- * No se alarme, ni se obsesione, la ansiedad es el peor enemigo de la memoria. Hay que tener en cuenta el propio estado de ánimo en el momento del aprendizaje, pues los niveles altos de tensión o inquietud tienden a restringir el foco de atención, por ello se recomienda evitar las situaciones de alto estrés o ansiedad para la adquisición de nueva información y su recuerdo posterior.
- * Organice cuidadosamente la información que quiere recordar.
- * Asegúrese de estar atento cuando le digan las cosas que debe recordar, si no "grabamos" la información no podremos "encontrarla" luego.
- * Utilice ayudas como una agenda, un reloj con alarma o post-it.
- * Cuando esté realizando una actividad habitual, como apagar la luz o el gas, diga en voz alta lo que está haciendo, ("estoy apagando el gas"), para no tener que comprobarlo dos veces.
- * Utilice estrategias mnemotécnicas visuales, como por ejemplo la creación de una imagen mental para recordar dónde se ha dejado un objeto determinado.
- * Transforme en imágenes lo que quiere recordar, como si creara mentalmente una película.
- * Procure tener un sitio concreto para los objetos (llaves, gafas, cartera) y así sabrá dónde encontrarlos.
- * Para aprender nuevas habilidades como por ejemplo a utilizar el móvil, es mejor basarse en la repetición de los procedimientos más que en frases a memorizar; es más útil la práctica que la teoría.
- * Tómese su tiempo para organizar las tareas, piense en el orden según la importancia o urgencia de cada una y escriba un "guión" si es necesario.
- * Plantee siempre todas las alternativas posibles a un problema y busque las ventajas e inconvenientes de cada una. Así le será más fácil elegir la que tenga mejor solución.
- * Párese a pensar antes de actuar, intente ponerse en el lugar de la otra persona para evitar precipitarse o decir cosas de las que luego se arrepienta.

Autors

DANIEL ADROVER-ROIG

Mallorca, 1980. Doctor en Psicologia. Investigador postdoctoral a la Universitat de Montreal, Canadà. El tema de la seva investigació és «El bilingüisme com a factor de protecció de l'envelliment cognitiu». Va fer el doctorat en electrofisiologia de les funcions executives en el procés de l'envelliment i va realitzar una estada predoctoral al Departament de Psicologia de la Universitat d'Oxford.

FRANCISCO BARCELÓ GALINDO

Múrcia, 1965. Doctor en Psicologia per la Universitat de Southampton (Anglaterra). És professor titular de la Universitat de les Illes Balears, on imparteix les assignatures de Fonaments de Neurociències i Neuropsicologia. Dirigeix el grup d'investigació en Neuropsicologia Clínica, distingit com a grup competitiu a la comunitat de les Illes Balears (més informació a: <www.neuropsicologiaclinica.es>).

**QUALITAT DE VIDA I
EDUCACIÓ DE LA GENT GRAN**

Qualitat de vida i educació de la gent gran

Cristina Fernández Coll
Liberto Macías González
Carmen Orte Socias

Resum

Presentam els resultats de l'estudi sobre qualitat de vida realitzat a una mostra d'alumnat del programa universitari per a majors de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la Universitat de les Illes Balears. L'estudi recull dades sociodemogràfiques de l'alumnat i altres dades sobre salut, integració social, activitats d'oci i temps lliure i ús de les tecnologies de la informació i de la comunicació. S'obtenen resultats positius en la majoria de les variables analitzades que formen part del constructe qualitat de vida. L'alumnat analitzat que cursa aquest programa, i respecte a la població general, presenta unes puntuacions molt favorables. Si hi ha estudis longitudinals posteriors, podran aportar informació més precisa per veure si el fet de participar en un programa educatiu influeix positivament en la seva percepció de qualitat de vida i instaura un nou patró d'actituds i comportaments que contribueixi a aquesta millora.

Resumen

Presentamos los resultados del estudio sobre calidad de vida realizado a una muestra de alumnado del programa universitario para mayores de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la Universitat de les Illes Balears. El estudio recoge datos sociodemográficos del alumnado y otros datos sobre salud, integración social, actividades de ocio y tiempo libre y uso de las tecnologías de la información y de la comunicación. Se obtienen resultados positivos en la mayoría de las variables analizadas que forman parte del constructo calidad de vida. El alumnado analizado que cursa este programa, y respecto a la población general, presenta unas puntuaciones muy favorables. Estudios longitudinales posteriores podrán aportar información más precisa sobre si el hecho de participar en un programa educativo influye positivamente en su percepción de calidad de vida e instaura un nuevo patrón de actitudes y comportamientos que contribuye en esta mejora.

1. Introducció

L'amplitud del concepte de qualitat de vida fa que sigui difícil trobar una definició que es pugui adaptar a tots els col·lectius i totes les circumstàncies que els envolten. Quan el col·lectiu, a més, és tan heterogeni com el de les persones grans, encara resulta més complicada la definició de la qualitat de vida, i s'hi ha d'arribar mitjançant una revisió de l'evolució del concepte, des dels seus inicis fins a una definició que gaudeixi de major consens a l'hora de contextualitzar el treball amb el col·lectiu esmentat.

Si ens remuntam als anys seixanta del segle passat, observam con el terme de qualitat de vida apareix, com indiquen Orte i Vives (2006), lligat a fenòmens d'industrialització

de les ciutats i de la societat de consum d'una banda, i d'una altra, lligat a l'ecologia i la salut, de manera que ja es relaciona amb conceptes moderns com contaminació ambiental, deteriorament de les condicions de vida a causa de les conseqüències de la industrialització, etc. (Setién, 1993).

A mitjans de la mateixa dècada ens trobam amb l'origen acadèmic del concepte, que, segons Fernández-Mayoralas (2007), neix al voltant del moviment d'indicadors socials desenvolupat a partir de les activitats de l'Escola de Chicago (Veenhoven, 1996; Sirgy, 2001; Noll, 2002). Aquesta primera aproximació ens proporciona una definició de qualitat de vida molt generalista, i no serà fins al voltant de 1975 quan s'aproparà a l'àmbit de la vellesa, segons assenyalen Lassey i Lassey (2001). En aquest context, l'expressió de qualitat de vida es farà servir per descriure les circumstàncies que envolten la població gran.

Medina i Carbonell (2004), fent una breu referència històrica, contextualitzen l'aparició de l'expressió qualitat de vida a la dècada dels anys seixanta: sorgeix, en un primer període, vinculada a temes sobre medi ambient i urbanisme. A partir d'aquest moment, les Ciències Socials comencen a desenvolupar indicadors per mesurar fets vinculats al desenvolupament i al benestar social. El terme va adquirint una definició integradora a la fi dels anys setanta i principis dels vuitanta, incloent totes les àrees de la vida social i fent referència a elements objectius i subjectius.

Albuerne (a Fernández-Ballesteros *et al.*, 1997) parla de dues etapes en la incorporació del concepte de qualitat de vida a la comunitat científica:

1. Una primera conceptualització de la qualitat de vida referida a aspectes objectius de nivell de vida, en la qual es tractava de cercar índexs objectius per avaluar la qualitat de vida en un ambient determinat.
2. I una segona conceptualització que va sorgir com a crítica a la primera, a causa que els aspectes objectius no tenien en compte la satisfacció des del punt de vista de la percepció subjectiva; i en aquest cas són precisament els aspectes subjectius com ara el benestar i la satisfacció personal els que es destaquen (Orte; March, 2008).

Ens trobam, així, que en la qualitat de vida es combinen factors objectius i factors subjectius. Els primers inclouen aquells en els quals la persona utilitza les seves potencialitats intel·lectuals, físiques i emocionals en determinades circumstàncies que l'envolten. Aquestes condicions objectives de vida són prominents en la denominada aproximació escandinava al benestar. L'assumpció teòrica d'aquesta perspectiva es basa en l'existència de les denominades necessitats bàsiques, la satisfacció de les quals determinarà el benestar de la població (Delhey *et al.*, 2002). Una segona aproximació, en la tradició anglosaxona de benestar com a qualitat de vida, es fonamenta en la investigació americana sobre salut

mental. Encara que també utilitza indicadors objectius, aquesta perspectiva emfatitza el benestar subjectiu, i té a veure amb l'experiència dels individus sobre les seves vides, com a resultat final de condicions de vida i processos d'avaluació (Noll, 2002). La satisfacció està relacionada amb els aspectes subjectius (Orte; March, 2006).

Per tant, podem afirmar que existeixen dues formes diferents d'entendre la qualitat de vida, i per consegüent, dues aproximacions empíriques diferents (Orte; March, 2006):

- Un primer enfocament considera que la qualitat de vida pot abordar-se a través de la mesura de les situacions en les quals objectivament es desenvolupa la vida. [...] L'enfocament objectivista es basa en la pretesa diferència entre necessitats materials i necessitats espirituals. Des d'aquest enfocament, l'educació forma part del conjunt de necessitats bàsiques materials, juntament amb la salut, l'habitatge i la higiene.
- Un segon enfocament, de caràcter subjectivista, es planteja la necessitat de la qualitat de vida com una experiència de vida, una sensació viscuda que es té després d'haver avaluat, no solament les condicions de vida, sinó també altres elements socials i les pròpies expectatives, i per tant centra les seves mesures en la mateixa percepció subjectiva (Setién, 1993).

Una definició influent provinent d'un organisme internacional és, segons Fernández-Mayoralas (2007), l'elaborada pel grup de qualitat de vida de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que destaca el caràcter subjectiu de la valoració en referir la qualitat de vida a "les percepcions dels individus sobre la seva posició en la vida en el seu context cultural i de valors, i en relació a les seves metes, expectatives, estàndards i preocupacions" (WHOQOL Group, 1995). En una aproximació de complementarietat de perspectives, Cummins ofereix una definició segons la qual qualitat de vida és un "constructe universal, definit tant objectivament com subjectivament, en què els dominis objectius comprendrien mesures culturalment rellevants de benestar objectiu, i els dominis subjectius comprendrien la satisfacció amb les diferents dimensions ponderades per la seva importància per a l'individu" (Cummins, 1997).

Els autors Medina i Carbonell (2004) afirmen que, en l'actualitat, encara no existeix un consens en la definició de qualitat de vida i, per tant, tampoc no el trobam referent a la qualitat de vida de la gent gran. Així mateix, es pot afegir que no existeix una llista única i concreta sobre els seus elements. Malgrat això, reconeguem que la qualitat de vida és una successió de fets o efectes que tenen com a conseqüència un sentiment de satisfacció o de felicitat amb la vida i amb un mateix.

En la mateixa línia s'ha posat de manifest que no existeix una definició unívoca sobre el terme qualitat de vida (Pino *et al.*, 1999), encara que la majoria de les definicions tenen dos

elements en comú (Pereira; Pino, 2003), utilitzen un enfocament multidimensional (Jones; Peñas, 2002) i posen l'accent en la valoració que l'individu realitza de la seva pròpia vida (Fernández-López; Hernández; Cueto, 1993).

Hi ha autors com en Patrick i Ericsson (1993) que varen suggerir utilitzar el terme qualitat de vida relacionat amb la salut (CVRS), conceptualitzat com els nivells de benestar i satisfacció associats amb els esdeveniments que una persona pot patir com a conseqüència d'una malaltia o el seu tractament.

Segons el document sobre la millora de la qualitat de vida de la gent gran dependent (Sancho *et al.*, 2003), s'ha desenvolupat una àmplia varietat terminològica per definir el concepte de qualitat de vida, que inclou: vida satisfactòria, benestar subjectiu, benestar psicològic, desenvolupament personal i diverses representacions del que constitueix una bona vida. L'assoliment de la qualitat de vida comportarà, explícitament i implícitament, el sentit de millora, d'optimització, de tot un seguit de variables que incideixen en l'ésser humà (Orte; March, 2006).

2. Els programes educatius vs. La qualitat de vida

Els últims anys, gran part de les investigacions en l'àmbit de la gerontologia han anat dirigides a l'estudi de les dimensions que constitueixen el concepte de qualitat de vida, establint-lo com a possible indicador d'envelliment saludable. Fernández-Ballesteros, Macià i Zamarrón (1996) estableixen nou dimensions diferents o components de la qualitat de vida: 1) la salut, 2) la integració social, 3) les habilitats funcionals, 4) l'activitat i l'oci, 5) la qualitat ambiental, 6) la satisfacció amb la vida, 7) l'educació, 8) els ingressos i 9) la qualitat dels serveis socials i sanitaris. Aquesta naturalesa multidimensional del constructe, així com la seva dependència del context i les circumstàncies de l'individu, s'ha de tenir en compte a l'hora d'estudiar la qualitat de vida en l'edat adulta (Fernández-Ballesteros, 1997).

Els programes universitaris per a persones grans cada vegada tenen més ressò dins la societat. L'oferta cada vegada s'està diversificant més pel fet que les persones grans estan molt implicades en la seva ampliació de coneixements i també perquè perceben que implicant-se en aquest tipus de projectes incrementen el seu benestar. La motivació que demostren es fa patent des del primer dia que es troben a la Universitat: aquest fet el podem observar a l'estudi de Mas *et al.* (2008), hi podem comprovar que els estudiants que varen participar en l'estudi manifestaren alts nivells de motivació intrínseca. La seva motivació principal va ser la d'aprendre pel plaer d'aprendre (87,2%) i varen considerar com l'aspecte més influent la inquietud i l'actitud activa davant els reptes que planteja l'aprenentatge (68,1%). D'altra banda, també varen assenyalar alguns motius de tipus extrínsec per matricular-se al programa: el més destacable va ser el desig de relacionar-se amb altres persones (51,1%).

En aquesta línia podem pensar que l'educació, la formació i el coneixement es configuren com a eixos fonamentals de la millora de la qualitat de vida en les persones grans, ja que compleixen diferents funcions psicosocials, com ara l'oportunitat per a les relacions i la possibilitat de millora de les seves capacitats, entre d'altres. La participació en processos d'aprenentatge i d'educació proporciona a la gent gran la possibilitat de romandre actius físicament, mentalment i socialment, i l'oferta educativa emfatitza la salut i promou l'envelliment productiu.

L'aprenentatge al llarg de la vida s'ha de manifestar de manera concreta a les persones grans. Les institucions educatives han de garantir l'accés als programes de millora de qualitat de vida, i entre aquests, els que posen a l'abast del conjunt de la societat el coneixement i l'educació. Des del punt de vista de l'educació de gent gran, la qualitat de vida forma part dels seus objectius i possibilita un canvi en la percepció social de les persones grans com a persones actives, i un canvi en la pròpia autoestima i valoració personal de les mateixes persones grans (Orte; Vives, 2006).

Tot això justifica que per a nosaltres els programes educatius per a gent gran es constitueixin com un context específic d'augment d'oportunitats de l'aprenentatge, de font d'enriquiment personal, cultural i social de les persones, i com un espai de participació social, aspectes tots els quals rellevants en el component subjectiu del concepte de qualitat de vida.

En aquest sentit, ens plantejam l'objectiu d'avaluar la qualitat de vida percebuda en un grup de 53 alumnes de primer curs del Diploma Sènior de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB.

Per això els hem administrat el qüestionari CUBRECAVI (Fernández-Ballesteros; Zamarrón, 1996), dissenyat per a l'avaluació multidimensional de la qualitat de vida en persones grans. A més, es va elaborar un qüestionari per avaluar variables de suport social i d'utilització de noves tecnologies, des de la hipòtesi que ambdós aspectes aportarien també informació sobre el grau d'integració social de la gent gran. Els participants varen emplenar els qüestionaris individualment i de manera voluntària.

Dades dels participants

Una vegada eliminats els qüestionaris contestats de manera errònia, la mostra quedà constituïda per 53 alumnes, un 66% de dones i un 34% d'homes, amb edats compreses entre els 53 i els 79 anys, amb una edat mitjana de 64 anys. L'edat mitjana dels homes és significativament superior a la de les dones, 66,5 i 62,5, respectivament ($p < 0,05$).

El 61,5% d'alumnes ha nascut a Mallorca, el 32,7% en una altra comunitat autònoma i un 5,8% procedeixen d'altres països. El temps mitjà de residència a l'illa de les persones que no hi han nascut és de 46 anys.

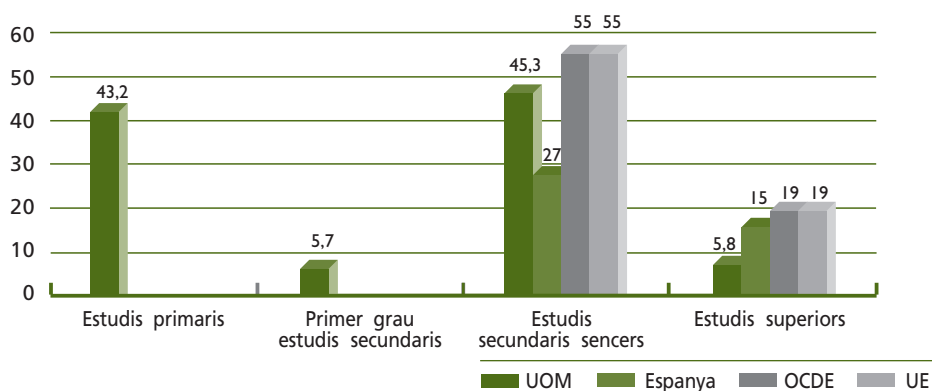
Respecte a l'estat civil dels entrevistats, més de la meitat (56,6%) són casats i el 15% separats (o divorciats), s'obté el mateix percentatge de vidus i el 13,4% és format per persones fadrines. No s'han trobat diferències significatives en la distribució dels diferents estats civils per als homes i per a les dones. El 80% de casats viu només amb la seva parella, i el 20% restant viu amb la seva parella i almenys un dels fills. El 69,1% dels separats, vidus o fadrins viuen tots sols, el 17,3% viuen amb els fills, el 8,7% viu amb algun germà i el 4,9% amb amics.

Només un 3,8% de la convivència amb una altra persona té lloc en una residència. Cap persona no manifesta sentir-se insatisfeta amb aquesta convivència. El reduït nombre de persones de la mostra que viuen en un context residencial, impedeix utilitzar-lo com a variable independent a l'hora d'explicar el seu efecte sobre la percepció de la qualitat de vida, a pesar que alguns autors (Castellón; Romero, 2004) consideren que les causes de la institucionalització estan lligades directament amb alguns aspectes que seran posteriorment analitzats, com el deteriorament físic, l'absència de persones de l'entorn que assumeixin les cures que requereixi la persona gran o la insuficient cobertura dels serveis comunitaris, que no permet mantenir la vida de manera autònoma.

Una dada destacable en relació amb la mostra que ens ocupa és el nivell d'estudis obtingut per les persones abans de la inscripció a la Universitat Oberta per a Majors el curs 2008-2009. El 43,4% va arribar a finalitzar els estudis primaris (equivalent a EGB), el 5,7% va obtenir el primer grau dels estudis secundaris, va completar els dits estudis un 45,3% i només el 5,6% va finalitzar estudis universitaris. Comparant aquestes dades amb el nivell formatiu a què han arribat les persones entre 55 i 64 anys en l'actualitat, podem observar que el percentatge d'alumnes matriculats en els estudis de la UOM que varen finalitzar l'educació secundària està per sobre de la mitjana espanyola i s'acosta considerablement al percentatge dels països de l'OCDE i de la UE. No obstant això, en comparar les dades relatives al grau d'estudis universitaris, podem apreciar que el percentatge en alumnes de la UOM és significativament inferior en relació amb Espanya, l'OCDE i la UE.

El percentatge de gent gran amb estudis superiors finalitzats és menys representatiu entre els matriculats en els estudis de la UOM, mentre que hi estan molt representada la gent gran amb estudis secundaris, en comparació de la seva representativitat en la població en general. No tenim dades de comparança amb els altres graus formatius. Encara així, podem intuir que els estudis universitaris per a gent gran suposen una important oportunitat formativa per a les persones que no han tingut l'ocasió d'accedir-hi en un altre moment de la seva vida.

Respecte a les dades d'ocupació, cal assenyalar que tots els homes estan prejubilats o jubilats; el percentatge de dones en aquesta situació és del 80%. Segueixen en actiu el 5,7% de les dones, són mestresses i no han treballat mai el 11,4% de les dones i un 2,9% presenta alguna discapacitat.

Gràfic 1

Font: Informe espanyol de l'OCDE (2008) i elaboració pròpia.

Resultats obtinguts

Resultats sobre la salut

Demanats sobre la freqüència de simptomatologia física, mesurada a través d'una escala d'apreciació, la gent gran presenta amb més freqüència els problemes que s'indiquen a la taula.

Taula 1 | *Freqüència de problemes de salut física més habituals*

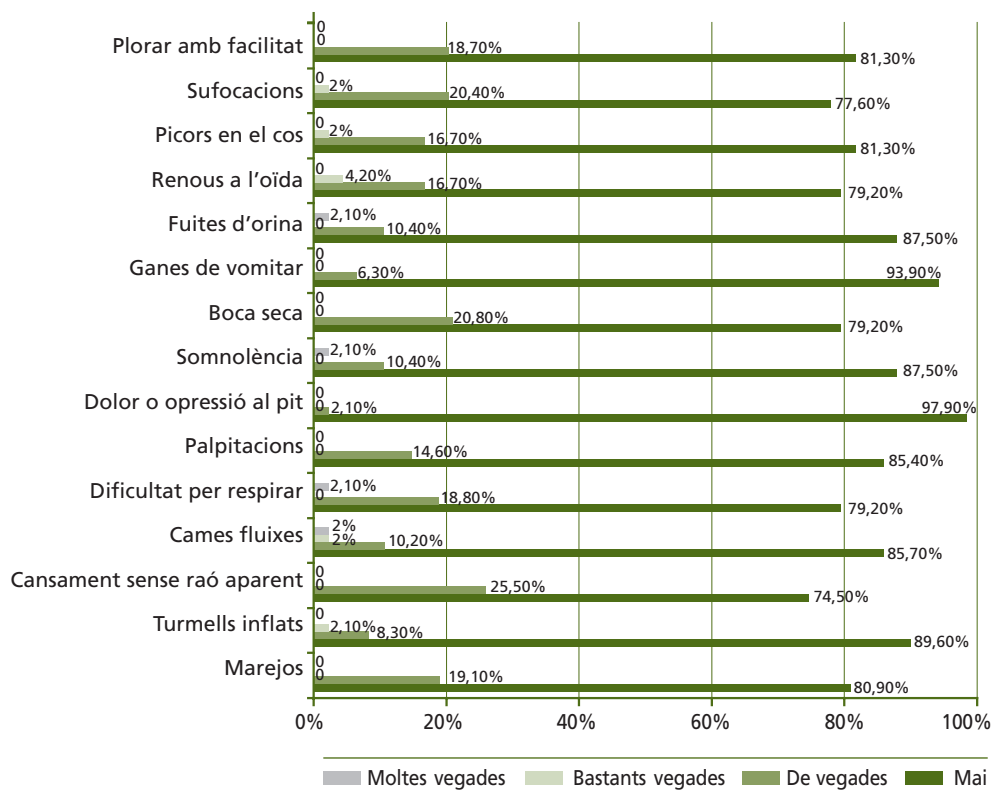
Síntomes	Mai	De vegades	Bastants vegades	Moltes vegades
Mal d'ossos, articulacions	27,5%	58,8%	7,8%	5,9%
Aixecar-se a orinar a la nit	30%	54%	10%	6%
Gasos	42,6%	46,8%	4,3%	6,4%
Mans o peus freds	44%	38%	12%	6%
Dificultat per dormir	49%	31,4%	17,6%	2%
Tos, catarro, grip	54,2%	41,7%	4,2%	-
Formigueig mans/peus	66,7%	31,3%	2%	-

Es destaquen com a símptomes que es manifesten més sovint en un percentatge més gran de persones, la dificultat per dormir (19,6% bastants o moltes vegades) i tenir les mans o els peus freds (18% bastants o moltes vegades). Encara que no es presenta de manera habitual, sí que s'observa que el mal d'ossos i articulacions és el problema que experimenta la major part de persones alguna vegada (72,5%).

No s'han trobat diferències significatives en la freqüència d'aquests símptomes en funció del sexe, l'edat, l'estat de convivència, la formació prèvia ni la situació laboral actual.

El següent gràfic mostra la freqüència en la qual es presenten els símptomes menys habituals entre la gent gran:

Gràfic 2 |



Les dades indiquen que la majoria dels símptomes recollits es presenten puntualment en un baix percentatge de persones.

Només s'han trobat diferències significatives en la variable escapar-se l'orina, i són les persones de més edat les que presenten el problema en alguna ocasió.

Demanats sobre el grau de satisfacció amb el seu estat de salut actual, els resultats indiquen que el 96,08% manifesta sentir-se molt satisfet o bastant satisfet. Aquesta dada

està d'acord amb els resultats d'alguns estudis (Yanguas, 2006), que posen d'evidència la tendència de la gent gran a minimitzar la importància dels símptomes i a informar insuficientment sobre els que tinguin. Consideren que aquests símptomes són naturals i inherents al procés d'envelliment, per la qual cosa tenir-los ocasionalment no amenaça la valoració positiva de l'estat de la seva salut.

Respecte a la informació que ens han proporcionat sobre aspectes relatius a la salut psíquica, podem destacar que un 32% manifesta sentir-se deprimat o trist de vegades, i sovint un 4% dels entrevistats. No hem trobat relació entre l'experimentació d'aquests sentiments i les pèrdues personals sofertes per la gent gran els últims 6 mesos, ni amb el fet de sentir-se sols. Tampoc no existeix relació amb les diferents variables de salut física avaluades, amb la freqüència o satisfacció pel que fa a les relacions socials ni amb el nivell d'activitat diari.

La prevalença dels trastorns de l'estat d'ànim en gent gran no institucionalitzada està al voltant del 10% (Franco; Monforte, 1996). Entenem que el fet que en la nostra mostra el percentatge de persones que sovint experimenten emocions negatives (4%) sigui inferior al que caldria esperar, podria deure's al fet que o bé la falta de motivació i il·lusió pròpia dels trastorns depressius no afavoreix la implicació de les persones que els pateixen en uns estudis universitaris, i, per tant, aquest sector de la població no hi accedeix, o bé, al fet que participar en un projecte universitari redueix significativament l'afectivitat negativa, per tal com dota les persones d'un projecte vital i de la possibilitat de creixement personal, ambdós indicadors de benestar psicològic (Ramos, 2001-2002). A més, el 39,6% de les persones entrevistades considera que ha establert noves relacions de confiança amb companys de la UOM.

Quant a les capacitats cognitives de les persones, obtenim els resultats següents:

Taula 2 | *Freqüència de dificultats cognitives*

	Mai	Quasi mai	A vegades	Sovint
Té problemes de memòria	37,3%	33,3%	27,4%	2%
Es desorienta o perd en algun lloc	85,7%	6,1%	6,1%	2,1%

Les persones que viuen en companyia amb la seva parella o amb la seva parella i fills, presenten problemes de vegades o sovint en un percentatge més alt que les persones que viuen soles ($p < 0,01$). Sabem que en el procés de ralenti dels processos psíquics que es manifesta en l'edat adulta hi influeix significativament l'interès, la motivació i l'entrenament. Potser per això les persones que viuen soles han d'estar més atentes i realitzar més esforços per solucionar aquests problemes, pel fet de no tenir persones a l'entorn immediat que puguin pal·liar-ne els efectes, i potser això explica que aquests problemes es presentin en elles en menor percentatge.

Resultats sobre la seva integració social

Hi ha estudis (Bowling; Windsor, 2001) que posen de manifest que per a un alt percentatge de persones adultes les relacions familiars, d'amistat i de "veïnatge" són una de les dimensions més importants en la seva qualitat de vida.

En la valoració que han fet els participants de la nostra mostra sobre els aspectes que destaquen en ordre d'importància com a determinants en la seva qualitat de vida, mantenir bones relacions familiars i socials ha estat la segona més important després de tenir bona salut, i per davant de poder valer-se per si mateixes.

De fet, les persones que tenen fills que no viuen a la seva mateixa casa, mantenen un contacte gairebé diari en el 48,6% dels casos, mentre que el 51,4% restant el mantenen setmanalment. Amb els néts el contacte és menys freqüent però un percentatge significatiu els veuen gairebé diàriament (36,4%), almenys una vegada per setmana manté contacte amb els néts el 59,1%, i només el 4,5% veu els seus néts almenys una vegada al mes. Totes les persones se senten satisfetes amb la relació que mantenen amb els seus fills i els seus néts.

Respecte a la satisfacció de la relació amb altres familiars, un 83% se sent satisfet i un 17% manifesta indiferència respecte a la relació. També la freqüència de contacte amb altres familiars que no conviuen a la casa disminueix, i és pràcticament inexistent en el 17,5% dels casos. Manté contacte gairebé diari el 15%, almenys una vegada per setmana el 42,5% i almenys una vegada al mes el 25%. Existeix relació entre la freqüència amb la qual solen veure's amb altres familiars i la satisfacció amb la relació, i es presenta un més alt percentatge d'indiferents respecte a aquesta relació entre les persones que mantenen menys contacte ($p < 0,05$).

La freqüència de contacte amb els veïns (o companys de residència) és més gran que la del contacte amb altres familiars, no obstant això, les persones que manifesten satisfacció amb la relació representen el 77,8%, i se sent indiferent el 22,2%. Veu els seus veïns gairebé diàriament el 28,1%, el 43,8% ho fa setmanalment, almenys una vegada al mes un 9,4% i no hi té gairebé relació el 18,8%. Les persones que se senten més indiferents són les que mantenen menys freqüència de contacte ($p < 0,05$).

Amb més freqüència mantenen relació amb les seves amistats, i es veuen gairebé diàriament, un 32,7%, almenys una vegada per setmana veu els seus amics el 51%, un 10,2% els veu almenys una vegada al mes, i gairebé mai un 6,1%. Pràcticament la totalitat de la mostra manifesta sentir-se satisfeta amb la relació que manté amb els amics, només per a un 2% la relació d'amistat és indiferent. La satisfacció no està ni relacionada amb la freqüència amb la qual mantenen contacte.

Ni la satisfacció amb les relacions, ni la freqüència, estan relacionades amb el sexe, l'edat, l'estat de convivència, el nivell formatiu o la situació laboral de les persones entrevistades.

Les dades exposades entronquen directament amb el concepte de suport social. Ja en altres estudis (Orte; Macías; Vives, 2008) hem assenyalat que els programes universitaris per a gent gran es configuren com un element clau del suport social perquè possibiliten l'accés de les persones grans a la participació social, la integració i relacions socials. De fet, el 34% d'entrevistats considera que la UOM contribuirà a augmentar el seu grup d'amics i el 50,9% pensa que augmentarà el grup de companys.

Analitzant de nou els resultats del qüestionari que utilitzam per avaluar variables de suport social, obtenim les conclusions següents:

El percentatge d'alumnes de la UOM que manifesten haver perdut relacions socials, en l'últim any, és del 39,6%, lleugerament inferior a la dada que varen facilitar els alumnes avaluats el curs acadèmic anterior, que era del 46,88%. El grup d'amics és aquell en què es produeixen més pèrdues, el 38,1%, seguit del grup de familiars (28,6%) i del de companys de feina (23,8%).

Consideren que l'últim any han guanyat relacions amb persones del seu entorn el 69,9% de la mostra. La major part de relacions que han guanyat procedeixen de la UOM (43,2%), seguida del grup d'amics (29,7%) i d'alguna associació o club (18,9%).

No hem trobat relació entre la pèrdua de relacions i el fet de sentir-se sols, encara que sí que el sentiment de solitud és significativament més freqüent entre el grup de persones que manifesten haver guanyat algunes o poques relacions socials que entre el grup que manifesta haver guanyat bastants relacions ($p < 0,05$).

L'efecte amortidor del sentiment de solitud que sobre les persones té l'estat civil o la forma de convivència, sí que ha resultat significatiu en el present estudi, de manera que els solters, vidus i separats se senten sols més sovint que els casats ($p < 0,01$). Els que viuen sols són els que se senten sols en més proporció ($p < 0,000$). Sense arribar a la significació estadística, vàrem observar que les persones de més edat són les que manifesten sentir-se soles més sovint.

Crida l'atenció, tenint en compte que la nostra mostra és de persones d'edat mitjana, al voltant dels 65 anys, la percepció que aquestes tenen sobre l'estabilitat de la xarxa de suport social. En aquest sentit, preguntats sobre si creuen que mantindrien el suport si ho necessitassin durant molt temps (5 anys), el 33,9% no ho sap o no contesta, el 32,1% pensa que el mantindria sovint, de vegades o poques vegades, el 18,9%, i gairebé mai el 15,1%.

Es desprèn, a més, de les dades analitzades que les persones avaluades perceben que han proporcionat més ajuda de la que han sol·licitat. Presentam la taula dels resultats obtinguts sobre tres tipus d'ajuda que han donat o sol·licitat els últims 6 mesos: emocional, informacional i material.

Taula 3 | *Percentatge de persones que han sol·licitat o donat diferents tipus de suport*

Han sol·licitat suport emocional		Han donat suport emocional	
A més de 3 persones	5,7%	17%	A més de 3 persones
Entre 1 i 3 persones	17%	30,2%	Entre 1 i 3 persones
A 1 persona	9,4%	15,1%	A 1 persona
A cap	62,3%	22,6%	A cap
NS/NC	5,6%	15,1%	NS/NC

Han sol·licitat suport informacional		Han donat suport informacional	
A més de 3 persones	3,8%	11,3%	A més de 3 persones
Entre 1 i 3 persones	17%	24,5%	Entre 1 i 3 persones
A 1 persona	17%	11,3%	A 1 persona
A cap	47,2%	35,8%	A cap
NS/NC	15%	7,5%	NS/NC

Han sol·licitat suport material		Han donat suport material	
A més de 3 persones	-	7,5%	A més de 3 persones
Entre 1 i 3 persones	9,4%	24,5%	Entre 1 i 3 persones
A 1 persona	5,7%	13,2%	A 1 persona
A cap	75,5%	41,5%	A cap
NS/NC	9,4%	13,3%	NS/NC

També podem fer ressaltar que el tipus d'ajuda que sol·liciten més les persones entrevistades és la informacional, que es refereix a la informació rebuda sobre la manera com es pot afrontar un problema i solucionar-lo.

El tipus d'ajuda que sol·liciten en menor mesura és la material. Paradoxalment, les persones que han sol·licitat aquest tipus d'ajuda pertanyen al grup d'ingressos en la llar d'entre 1.200 euros i 2.700 euros i no a les persones amb ingressos inferiors o superiors. La relació obtinguda entre el nivell d'ingressos i l'ajuda material sol·licitada és estadísticament significativa ($p < 0,01$). No obstant això, no existeix relació entre el nivell d'ingressos a la llar i haver proporcionat ajuda material.

El 52,8% manifesta que amb tota seguretat obtindria ajuda emocional en el cas de requerir-la de manera immediata, i el 30,2% pensa que l'obtindria amb molta probabilitat. Amb tota seguretat obtindrien ajuda informacional el 49,1% i amb molta probabilitat el 28,3%. Pensa que obtindrien ajuda material amb tota seguretat el 50,9% i el 22,6% amb molta probabilitat. Per tant, no existeix relació entre el fet de no demanar ajuda amb la percepció que no podran proporcionar-li'n.

Sí que podria estar relacionada amb la percepció que les persones tenen sobre la seva capacitat de valer-se per si mateixes, ja que en el cas que ens ocupa és de molt bona per al 83% de la mostra, bona per al 13,2% i regular només per al 3,8%. Aquesta percepció de capacitat és significativament pitjor en les persones de més edat ($p < 0,05$).

L'àmbit en què un 13,2% de les persones manifesten tenir alguna dificultat és el de la realització de les tasques domèstiques, i són els grups laborals de mestresses i discapacitats els que han informat d'aquesta dificultat en més mesura ($p < 0,05$). A pesar que es tracta de les persones de més edat, aquesta relació no és estadísticament significativa.

Resultats sobre les activitats d'oci i temps lliure

El 94% dels participants es mostren satisfets amb la forma en la qual ocupen el seu temps lliure, mentre que el 6% manifesta sentir-se indiferent.

La freqüència amb la qual realitzen diferents activitats d'oci i temps lliure es recull a la taula següent:

Taula 4 | *Freqüència amb la qual realitzen diferents activitats*

Activitat	Sovint	Ocasionalment	Mai
Llegir un llibre o el diari	98%	2%	-
Visitar parents/amics	50%	50%	-
Mirar la TV	61,5%	38,5%	-
Escoltar la ràdio	60,7%	37,3%	2%
Caminar	88,4%	9,6%	2%
Jugar amb altres a jocs recreatius	15,7%	47%	37,3%
Tenir cura d'infants	18%	36%	46%
Fer manualitats (punt, etc.)	23%	32,6%	44,4%
Fer encàrrecs o gestions	67,3%	30,7%	2%
Anar a comprar	61,5%	36,5%	2%
Viatjar	42,3%	51,9%	5,8%

Existeix una major proporció de dones que realitzen manualitats ($p < 0,01$). També les persones més joves viatgen més que les de més edat ($p < 0,01$).

El percentatge de persones que realitzen exercici físic (caminar) sovint és molt elevat, i és important atesa la seva contribució a mantenir una vida saludable i a contribuir, en les persones grans, a augmentar la seva qualitat de vida i prevenir problemes físics units al procés d'envelliment (Sáez; Aleixandre, 1996).

Entre les persones entrevistades, un 22,6% realitza entrenament físic diversos dies a la setmana, l'11,3% realitza activitats físiques regularment diverses vegades al mes, el 43,4% realitza ocasionalment alguna activitat física o esportiva que requereixi un lleuger esforç i el 22,6% realitza les activitats quotidianes normals. Cap dels entrevistats no manifesta mantenir-se inactiu.

Hi ha diferències significatives ($p < 0,05$) respecte a la variable de salut haver experimentat mal d'ossos, columna o articulacions durant les dues últimes setmanes. Les persones que realitzen activitat física regular no han patit mai, o només han patit algunes vegades, aquests dolors. Les persones que experimenten aquestes molèsties "bastants" o "moltes" vegades només realitzen activitats quotidianes o activitats físiques de manera ocasional.

Resultats sobre l'ús de les TIC

Les noves tecnologies de la informació i comunicació han modificat les formes de relacionar-se, no sols en el conjunt de la societat, sinó també entre el col·lectiu de les persones grans. Respecte a estudis anteriors (Fernández; Macías; Mas; Orte, 2008), observam, entre les persones matriculades en aquest curs 2009-2010, un augment en la disponibilitat dels recursos tecnològics més rellevants per la seva influència directa en l'àmbit de la comunicació: el telèfon mòbil i l'ordinador. Així, el percentatge d'alumnes de la UOM que el curs anterior disposaven dels dits recursos era del 90,9% i el 82,8%, respectivament. A la mostra de matriculats al primer curs del present any acadèmic el percentatge d'alumnes que disposa de telèfon mòbil és el 94,3% i d'ordinador (de sobretaula, portàtil o ambdós) el 86,8%. Les dades mostren que les persones de més edat disposen en menor mesura d'un ordinador, encara que aquesta relació indirecta no arribi a la significació estadística. La dada resulta del tot rellevant si la comparem amb els resultats de l'Enquesta sobre la participació de la població adulta en les activitats d'aprenentatge (EADA) realitzada per l'INE (2007), que indiquen que el 44,16% de persones més grans de 25 anys del conjunt de la població espanyola (el 37,19% a les Illes Balears) no saben utilitzar l'ordinador.

Respecte a l'ús que fan d'ambdós recursos i referent a la freqüència, utilitzen "sempre" el telèfon mòbil una de cada tres persones, i dues de cada tres l'utilitzen "de vegades".

El 73,9% l'utilitza per comunicar-se amb la seva família i amics, el 23,9% per realitzar telefonades d'emergència i el 2,2% indica "uns altres" (per exemple, per feina). Augmenta, per tant, respecte a l'estudi esmentat (Fernández *et al.*, 2008), la freqüència amb la qual utilitzen el mòbil (23,9% "sempre" l'utilitzen en estudi anterior) i augmenta també el seu ús com a mitjà de comunicació amb la família i amics (55% en estudi anterior); disminueix el percentatge de persones que només l'utilitzen per realitzar telefonades d'emergència (32,2% en estudi anterior). Per altra banda, també observam un canvi en els enviaments que fan dels SMS (missatges curts de text): augmenta el percentatge de persones que envien SMS sovint del 23,9% en l'estudi anterior al 37,7% en la mostra actual i disminueix del 40,6% al 32,1% el percentatge de persones que no utilitzen el servei. De les dades actuals també es desprèn un percentatge més alt de persones que utilitzen els SMS per comunicar-se amb els seus amics (39,6%) respecte a l'estudi anterior (29,4%).

De manera diferent es mostren les dades en parlar de l'ús dels ordinadors i de la xarxa d'Internet. En aquest cas, com es detallarà a continuació, els subjectes de la nostra mostra fan un menor ús i amb menor freqüència d'aquests recursos, encara que se situï molt per sobre de la mitjana del col·lectiu de persones grans a nivell nacional. Probablement aquestes dades s'expliquen pel fet de contrastar la mostra actual, formada per persones que acaben d'accedir als estudis universitaris, amb subjectes analitzats anteriorment procedents de tots els cursos d'aquests estudis. Els alumnes de la UOM realitzen, al llarg dels estudis, gran quantitat de treballs, i això podria estimular l'ús creixent tant de l'ordinador com d'Internet, com a resposta a aquestes demandes. Un seguiment longitudinal dels subjectes de la nostra mostra actual ens permetrà contrastar aquesta hipòtesi en el futur.

Així, presentam les taules que recullen la freqüència setmanal de l'ús de l'ordinador i d'Internet en ambdues mostres:

Taula 5 | *Freqüència setmanal d'ús d'ordinador*

Ús de l'ordinador	% persones estudi 2008 (tots els cursos)	% de persones estudi 2009 (primer curs)
Cada dia	43,9	32,1
Entre 3 i 5 dies	26,8	26,4
Menys de dos dies	9,1	5,7
Pràcticament mai	17,7	26,4
NS / NC	2,4	9,4

Taula 6 | *Temps diari de connexió a Internet*

Ús d'Internet	% persones estudi 2008 (tots els cursos)	% de persones estudi 2009 (primer curs)
Menys d'una hora	36,2	37,7
Entre 1 i 2 hores	38,9	28,3
Més de 2 hores	11,4	3,8
NS / NC	13,4	30,2

Comparant les dades de l'ús de les TIC entre el col·lectiu de gent gran, podem afirmar que els qui accedeixen a estudis universitaris utilitzen el telèfon mòbil, ordinador i Internet en un percentatge significativament molt superior a la gent gran de la població general. Segons l'Informe eEspanya 2008, en el col·lectiu de persones grans, un 51,7% utilitza el mòbil, un 7,5% ordinador i un 6,4% Internet. En la nostra mostra els percentatges s'elevan al 94,3%, el 86,8% i un 68,8% respectivament.

Si tenim present que la utilització de les TIC s'està constituint com un element important per garantir un envelliment saludable, ja que és una condició necessària per a la integració real dels subjectes en la societat (Orte; March, 2003) i perquè facilita l'adaptació de la gent gran a les seves noves condicions de vida (Zamarrón, 2006), podem pensar que el col·lectiu de gent gran universitària està en disposició de participar d'aquests beneficis en major mesura que la gent gran de la població general.

3. Conclusions

Podem concloure que els alumnes que cursen el Diploma de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB, quant a la freqüència de problemes de salut física més habituals, es perceben a ells mateixos amb un bon estat de salut. Segons l'informe *Las personas mayores en España* (IMSERSO, 2008), la valoració de l'estat de salut és condicionada per les malalties patides i per les característiques personals, socioeconòmiques o fins i tot residencials. El mateix informe ens indica que "l'evolució de l'autovaloració positiva de la salut ha augmentat lleugerament, des d'un 68,8% de població que es considerava en bon o molt bon estat de salut el 1993, el 69,8% el 2001, al 70% el 2006. I respecte al sexe i segons les dades de 2006, el 75% dels homes deien tenir bona o molt bona salut, enfront del 65% de les dones" (IMSERSO, 2008). Els nostres alumnes en un 96,08% se senten satisfets o bastant satisfets amb el seu estat de salut actual. Per tant, relacionant aquesta mostra amb la població general, podem dir que els nostres alumnes gaudeixen d'un estat de salut molt bo, com es pot comprovar pel baix percentatge que presenten símptomes físics de malaltia, i si ho fan és de manera puntual.

Aquestes dades resulten molt significatives pel fet que ens presenten una reflexió prou interessant. Els alumnes que accedeixen a un programa educatiu, ho fan perquè senten que el seu bon estat de salut els permet participar d'activitats educatives i culturals i estan en disposició d'ampliar les seves xarxes socials, o, al contrari, el fet de participar d'un programa educatiu i entrar en contacte amb altres companys, fugir de pensaments negatius i fer un treball cognitiu constant, fa que l'estat de salut es consideri millor?. Els professionals de les ciències socials i de la salut podrien resoldre aquesta hipòtesi plantejant estudis longitudinals amb els alumnes universitaris, per establir l'impacte que, en la seva percepció de vida i/o salut, té la seva implicació en projectes educatius?.

El que sí que hem pogut comprovar és que participar en un programa universitari ajuda a ampliar la xarxa social de les persones grans: un 39,6% dels participants consideren que han establert noves relacions de confiança amb altres companys del programa. Podem concloure, com ja indiquen altres estudis (Orte; Vives, 2006), que els programes universitaris per a gent gran, a més de complir una funció educativa i d'extensió del coneixement, compleixen també una funció en relació amb la salut física i psicològica i de suport social. Per tant, "el coneixement i tot el que implica l'organització universitària té altres efectes per a una població que té en la qualitat de vida un dels seus objectius fonamentals" (Orte; Vives, 2006).

Influeix també en la percepció de la seva qualitat de vida, en els alumnes de la mostra, la satisfacció amb les seves relacions familiars i socials, que ha reconegut sentir el 83% dels subjectes independentment del seu sexe, el seu estat de convivència, el nivell formatiu o la situació laboral dels enquestats. Com s'ha comentat més amunt, el fet de participar en un programa universitari educatiu per a persones grans amplia significativament la xarxa social ja establerta, és a dir, l'estudiant entra a formar part d'un nou grup i dins d'aquest apareixen relacions d'amistat que es fan més sòlides i perduren en el temps. Com s'indica a l'estudi d'Orte i Vives (2006), les relacions noves que han fet els participants en un programa universitari per a gent gran són significatives.

Un altre aspecte avaluat és el nivell d'activitat física que desenvolupa la gent gran. Respecte a aquest tema, podem comentar l'informe 2008 (IMSERSO, 2008), en el qual es posa de manifest que l'activitat de temps lliure que predomina en la vellesa és l'exercici físic, que una de cada dues persones grans es passeja, fa exercici, esport o gimnàstica de manera habitual. La realització d'aquestes pràctiques, a més de mantenir la forma física i mental, ajuda a la prevenció de malalties. Al nostre estudi es reflecteix exactament el mateix, i és molt elevat el percentatge de persones que realitzen exercici físic (caminar) amb freqüència.

Una altra pràctica amb un elevat percentatge a la nostra mostra és la de llegir llibres o diaris. Llegeix sovint un 98% del total dels participants a l'estudi. Segons l'estudi IMSERSO (2008), aproximadament un de cada quatre (26,5%) llegeix cada dia o quasi cada dia i un 54,7%

ho fa almenys una vegada al mes. Aquest hàbit té més incidència entre les persones de 65 a 74 anys. Les dades de comparació europea en la lectura de premsa durant els dies laborables deixa Espanya en una de les posicions més baixes. Espanya i Portugal són els països amb menors percentatges de població gran que llegeix premsa (36,7% i 36,6%, respectivament). Noruega, Àustria i Suècia presenten xifres que superen al 9 de cada 10 dels grans (IMSERSO, 2008). Trobam, així, que el percentatge de persones de la nostra mostra que llegeixen sovint el diari està per damunt de la mitjana del nostre país.

Per acabar, podem concloure que els alumnes del programa universitari per a majors, a diferència de la població gran general, disposa de i utilitza el telèfon mòbil com a instrument de comunicació amb el seu entorn social. Tot i així, es tracta d'un recurs del qual ells podrien extreure més profit si els comparam amb altres grups d'edat. Segons les darreres dades de l'Enquesta sobre equipaments i ús de tecnologies de la informació i comunicació en les llars (INE, 2007), la meitat de la població de més edat (grup d'entre 65 a 74 anys) utilitza el telèfon mòbil de manera habitual, un 12,8% declara haver utilitzat alguna vegada l'ordinador i un 7,9% Internet (IMSERSO, 2008). Els darrers tres anys l'ús de les TIC entre les persones grans ha anat augmentant. S'ha passat d'un 5,5% de persones grans que utilitzaven l'ordinador el 2004, al 7,5% el 2007. L'ús d'Internet s'ha duplicat en termes percentuals, ja que ha passat del 5,5 % el 2004 al 6,4% el 2007 (IMSERSO, 2008).

Per tant, podem dir que la creixent utilització de les TIC en la vida quotidiana de les persones grans suposa un augment en la seva qualitat de vida, la seva salut i la seva autonomia. Les TIC també permeten a les persones grans seguir actives en la seva feina i en la seva comunitat participant del seu entorn.

Com assenyalen Millán *et al.* (2003), en una societat envellida és necessari establir noves alternatives que tractin de satisfer les necessitats de les persones grans, alhora que incrementin la seva qualitat de vida percebuda. En aquest sentit, les TIC s'han convertit en una eina bàsica de la nostra societat, de la qual la gent gran, sens dubte, podrà beneficiar-se. Zamarrón (2006) assenjala que la utilització de les TIC millora la comunicació i la relació intergeneracional, facilita l'activitat i el benestar psicològic i fomenta la creativitat i l'exercici de la ment, facilitant l'adaptació a les noves condicions de vida. D'acord amb Orte i March (2003), resulta evident que la utilització de les noves tecnologies és una condició necessària per poder dur a terme una integració real en la societat. Per tant, les TIC es perfilen com un element fonamental per garantir un envelliment saludable, i ha de ser un objectiu a perseguir des de diferents fronts la potenciació del seu ús entre el col·lectiu de persones grans. D'acord amb Orte, Vives i Macías (2004), aquest objectiu ha de plantejar-se en tres passos: primer, els alumnes han de conèixer el funcionament de les TIC, posteriorment hom ha de donar-los la possibilitat d'utilitzar aquestes tecnologies i finalment les han d'integrar com una característica més de la societat i, per tant, del programa educatiu (Fernández *et al.*, 2008).

4. Referències bibliogràfiques

Bowling, A.; Windsor, J. (2001). "Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life". *Journal of Happiness Studies*, nº2, pp. 55-81.

Castellón, A.; Romero, V. (2004). "Autopercepción de la calidad de vida". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, (14), 6, pp. 131-137.

Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale - Adult: Manual*. Burwood, Melbourne, School of Psychology. Deakin University, 64 p. (5ª ec.).

Delhey, J.; Böhnke, P.; Habich, R.; Zapf, W. (2002). "Quality of life in a European Perspective: The EUROMODULE as a New Instrument for Comparative Welfare Research". *Social Indicators Research*, Vol. 58, nº 1-3, p. 163-176.

Fernández, C.; Macías, L.; Mas, C.; Orte, C. (2008). "Uso de las tecnologías de la información y la comunicación entre el alumnado de la Universitat Oberta per a Majors de les Illes Balears". A: M. C. Palmero. *Formación universitaria de personas mayores y promoción de la autonomía personal. Políticas socioeducativas, metodologías e innovaciones*. Burgos: Universidad de Burgos.

Fernández-Ballesteros, R.; Maciá, A.; Zamarrón, M. D. (1996). *Calidad de vida en la vejez en diferentes contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). "Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales". *Intervención Psicosocial: Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, (6), 1, pp. 21-36.

Fernández-López, J.A.; Hernández-Mejía, R.; Cueto-Espinar, A (1996). "La calidad de vida: un tema de investigación necesario (y II). Validez y beneficios." *Medicina Integral*, nº 27, pp. 116-121.

Fernández-Mayoralas, G, et al. (2007). "El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 74.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>

Franco, M. A.; Monforte, J. A. (1996) "¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano?" A: A. Salcedo (ed.) *La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.

Gimeno, M. (dir.) (2008). *España 2008. Informe anual sobre el desarrollo de la sociedad de la información en España*. Madrid: Fundación Orange.

IMERSO (2008). *Las personas mayores en España. Informe 2008* (tom 1). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística, <http://www.ine.es/>.

Jones, M.; Peñas, P.F. (2002). "Calidad de Vida (I). Generalidades". *Actas dermosifiliográficas*, nº 93 (7), pp. 421-431.

Lassey, W. R.; Lassey, M. L. (2001). *Quality of life for older people: an international perspective*. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall, p. 482.

Mas, C.; Macías, L., Orte, C.; Fernández, C. (2008). "Estudio piloto sobre motivación y aprendizaje en alumnos de primer curso de un programa universitario para mayores". *Póster presentado en V Congreso Internacional de Psicología y Educación*, celebrat a Oviedo el mes d'abril.

Medina, M.; Carbonell C. (2004). "Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores en el municipio de Murcia". *Portularia* 4, pp. 179-186, Universidad de Huelva.

Millán, J.; Aguiar, L.; Pernas, M. P.; Rodríguez, M. J.; Orive, P.; García, J. (2003). "Los mayores y las nuevas tecnologías de la comunicación". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(1), 37-42.

Noll, H.-H. (2002). "Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture". A: Hagerty, M. R.; Vogek, J.; Møller, V. (eds.). *Assessing quality of life and living conditions to guide national policy: the state of the art*. Dordrecht; Boston, Kluwer Academic Publishers, Serie: Social Indicators Research. Vol. 11, pP. 47-87.

Orte, C.; March, M. (2003). "La aplicación de las nuevas tecnologías en los programas universitarios de mayores en la Universitat de les Illes Balears". *Actas del IX Congreso Calidad, Equidad y Educación*. San Sebastián. CITE.

Orte, C.; Vives, M.; Macías, L. (2004). "La universitat oberta per a majors : un programa pioner i innovador". A. March, M. (dir.) *Anuari de l'educació de les Illes Balears 2004*. Palma: Fundació Guillem Cifre de Colònia.

Orte, C.; March, M. (2006). "La intervención socioeducativa, los programas universitarios para mayores y la calidad de vida: la construcción de una gerontología educativa". A: Orte, C. (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Dykinson, SL. Universitat de les Illes Balears.

Orte, C.; Vives, M. (2006). "Apoyo social, calidad de vida y programas universitarios para mayores". A: Orte, C. (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*, pp 263. Dykinson, SL. Universitat de les Illes Balears.

Orte, C.; March, M. (2008). "Envel·liment, educació i qualitat de vida: cap a la institucionalització de la gerontologia educativa". A: Orte, C. *Anuari de l'envel·liment. Illes Balears 2008*. Palma: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Inmigració i Universitat de les Illes Balears).

Orte, C.; Macías, L.; Vives, M. (2008) "Educació i persones grans: evolució i característiques de l'alumnat de la UOM (1998-2008)". *Anuari de l'envel·liment. Illes Balears 2008*. Palma: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Inmigració i Universitat de les Illes Balears).

Patrick, D. L.; Erickson, P. (1993). "Types of health-related quality of life assessments". A: Patrick, D. L.; Erickson, P. (eds.). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York, Oxford University Press, pp. 113-142.

Pereira, M.C.; Pino, M. (2003). "Intervención educativa para la mejora de Calidad de Vida del paciente geriátrico. Un programa interdisciplinar en Educación Social". *Revista Portuguesa de Pedagogía*, nº 37 (3), pp. 231-253.

Pino, M.; Bezerra, F.; Portela, J. (1999). "Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud". *Revista de Investigación en Educación*, nº 6, 2009, pp. 70-78

Ramos, F. (2001-2002). "Salud y calidad de vida en las personas mayores". *Tabanque: Revista Pedagógica*, 16, pp.83-104.

Sáez, N.; Aleixandre, M. (1996). "Actividad, ocio y tiempo libre en sujetos mayores". A: M. Sáez; R. Rubio; A. Dosil. *Tratado de psicogerontología*. Valencia: Promolibro.

Sancho, M.; Díaz, R.; Castejón, P.; Barrio, E. (2003). "Las personas mayores y las situaciones de dependencia". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 70, pp. 13-43.

Setién, M.L. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección Monografías, nº 133.

Sirgy, M. J. (ed.). (2001). *Handbook of quality-of-life research: an ethical marketing perspective*. Dordrecht, Boston, Kluwer Academic Publishers, 458 pp.

Sirgy, M. J. (2001). "QOL in relation to elderly". A: Sirgy, M. J. (ed.). *Handbook of quality of life research: an ethical marketing perspective*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, pp. 230-342.

Veenhoven, R. (1996). "Happy life-expectancy: a comprehensive measure of quality-of-life in nations". *Social Indicators Research*, Vol. 39, nº 1, pp. 1-58.

WHOQOL Group (1995). "The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization". *Social Science & Medicine*, Vol. 41, nº 10, pp. 1403-1409.

Yanguas, J. M. (2006) *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO.

Zamarrón, M. D. (2006). "La comunicación, un factor esencial para la tercera edad. Ponencia realizada en la Jornada Los mayores en la sociedad de la información y el conocimiento", celebrada a Madrid el noviembre de 2006.

Autors

MARIA CRISTINA FERNÁNDEZ COLL

Màlaga, 1970. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Professora associada a la UIB. Coordinadora de Nous Projectes de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) des del curs acadèmic 2007-2008. Ha impartit tallers i conferències sobre habilitats socials, emocions, estrès i salut en l'edat adulta.

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma, 1975. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Tècnic especialista de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) des del curs acadèmic 2007-2008. Membre de l'equip de coordinació de la UOM durant els cursos acadèmics 2001-2002 i 2002-2003.

CARMEN ORTE SOCÍAS

Santander (Cantàbria). 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. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987.

Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educativsocial sobre els quals ha realitzat diverses publicacions a nivell nacional i internacional. En aquest moment és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar, del Ministeri d'Educació i Ciència, el Ministeri de Sanitat i Consum i la Direcció General de R+D+I del Govern de les Illes Balears. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra de Gerontologia Educativa i Social de la UIB.

**PROGRAMA INTERGENERACIONAL
«GENT GRAN, GENT PETITA:
UNA EXPERIÈNCIA COMPARTIDA»**

Residència i Centre de Dia de Gent Gran, Consell Insular de Menorca

Cecília Padrós Cano

Esperança Moll Mesquida

Fernando Ramón Gancedo

Resum

Des de l'any 2002, la Residència i Centre de dia de Gent Gran del Consell Insular de Menorca duu a terme el programa intergeneracional «Gent gran, gent petita: una experiència compartida». El programa, en aquests moments en funcionament a quatre centres residencials i a set centres d'educació primària de l'illa, té com a objectiu facilitar el coneixement mutu entre persones grans i infants i afavorir el diàleg, la valoració i el respecte entre generacions, alhora que incideix en l'estimulació cognitiva dels usuaris i en la seva socialització.

Aquest article descriu les característiques i les actuacions del programa, les emmarca en les polítiques de promoció de l'autonomia i la prevenció de les situacions de dependència i fa una valoració del desenvolupament i dels resultats amb relació als objectius que es planteja.

Resumen

Des de el año 2002, la Residencia y Centro de Día de Gent Gran del Consejo Insular de Menorca lleva a cabo el programa intergeneracional «Gent gran, gent petita: una experiència compartida» (Gente mayor, gente menuda: una experiencia compartida). El programa, en estos momentos se lleva a cabo en cuatro centros residenciales y 7 centros de educación primaria de la isla, tiene por objetivo facilitar el conocimiento mutuo entre las personas mayores y los niños, favorecer el diálogo, la valoración y el respeto entre generaciones, a la vez que incide en la estimulación cognitiva de los usuarios del centro y en su socialización.

Este artículo describe las características y las actuaciones del programa, las enmarca en las políticas de promoción de la autonomía y la prevención de la dependencia, a la vez que hace una valoración de su desarrollo y de los resultados en relación a los objetivos que se plantean.

1. Introducció

Des de l'any 2002 la Residència de Gent Gran del Consell Insular de Menorca (CIM), situada a Maó, duu a terme el programa intergeneracional «Gent gran, gent petita: una experiència compartida», que promou i facilita la trobada i l'intercanvi entre les persones grans del centre i nins i nines, amb l'objectiu d'intercanviar aprenentatges, experiències i emocions entre dues generacions i de vèncer els estereotips que tenen els infants de la nostra societat sobre les persones grans. Al seu torn, també es promou l'autonomia personal de les persones residents al centre mitjançant una activitat lúdica i d'estimulació cognitiva.

Aquest programa es dirigeix a nins i nines del segon cicle d'educació infantil (cinc anys) i s'ofereix a les escoles de tot Menorca a través del programa anual Salut jove¹, de la Conselleria de Ciutadania i Família del CIM.

L'any 2002, arran de la detecció d'una necessitat per part de les persones residents d'aprofitar les seves vivències i potenciar les activitats de relació i socialització, sorgeix la idea de la relació amb les altres generacions. Varen ser les persones grans les que varen demandar l'inici d'un programa intergeneracional.

En els inicis, les peticions per a la realització del programa varen sorgir als centres educatius de la ciutat de Maó. Els anys següents va augmentar i es va estendre a altres municipis. Pel fet de no poder cobrir tota la demanda des de la Residència de Gent Gran del CIM, es va decidir implicar els altres centres geriàtrics de l'illa. D'aquesta manera, cada centre geriàtric dona resposta a les peticions dels col·legis que es troben al seu municipi. Així, es donava l'oportunitat que altres persones grans de l'illa poguessin transmetre les seves emocions, les seves vivències i els seus coneixements als nins i nines en el seu entorn més proper, els seus municipis.

Per tant, l'èxit del programa ha motivat que, al llarg del temps, altres centres residencials de la illa s'hagin sumat a la iniciativa i que en l'actualitat el programa es desenvolupi a gairebé la totalitat de residències de persones grans de l'illa. Aquesta situació també s'ha produït en els centres educatius de Menorca que, progressivament, han augmentat la participació en el programa. Això suposa que en l'actualitat tinguem més de 275 participants (entre persones grans i infants).

En aquest article s'explica l'experiència de «Gent gran, gent petita» al centre residencial de Maó. Aquesta experiència s'emmarca en els anomenats «programes intergeneracionals». Per a això, es descriuen els objectius plantejats, la metodologia i les activitats que es desenvolupen i finalment s'avalua el procés seguit i els resultats obtinguts, principalment, a partir dels testimonis de persones participants (infants, persones grans, terapeutes i professorat).

¹ Programa dirigit a nins i nines que ofereix un ampli ventall de tallers amb l'objectiu de la promoció de la salut.

2. Marc teòric: Promoció de l'autonomia personal i programes intergeneracionals

Els *programes intergeneracionals* són un conjunt de mitjans i activitats per a l'intercanvi intencionat i continuat de recursos i aprenentatge entre les generacions grans i les més joves, amb la finalitat d'aconseguir beneficis individuals i socials (Newman 1997; Hatton-Yeo, Ohsako 2001).

Es realitzen activitats de manera planificada, intencionada i continuada que promouen la trobada i l'intercanvi entre persones de diferents generacions (nins i nines, persones grans, persones adultes, joves) per assolir algun benefici positiu personal i social (Newman 1997; Sánchez 2003).

L'atenció a les persones en situació de *dependència* i la *promoció de la seva autonomia personal* constitueix un dels principals reptes de la política social dels països desenvolupats (tal com es descriu en l'exposició de motius de la recent aprovada Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència). L'atenció, doncs, a aquest col·lectiu, juntament amb la promoció d'un envelliment actiu, es converteix en un repte ineludible per als poders públics, que requereix una resposta ferma, sostinguda i adaptada al model actual de societat.

Un dels factors que potencia l'*envelliment actiu* és el suport social i no hi ha dubte que els programes intergeneracionals col·laboren molt positivament en aquest sentit, ja que aquest suport s'aconsegueix amb el contacte, amb les amistats i les relacions que es tenen amb els altres.

«És urgent recuperar una adequada perspectiva des de la qual s'ha de considerar la vida en el seu conjunt. Els ancians ajuden a veure els esdeveniments terrenals amb més saviesa, perquè les vicissituds de la vida els han fet experts i madurs. Ells són dipositaris de la memòria col·lectiva i, per això, intèrprets privilegiats del conjunt d'ideals i valors comuns que regeixen i guien la convivència social. Excloure'ls és com rebutjar el passat, en el qual enfonsa les seves arrels el present, en nom d'una modernitat sense memòria. Els ancians, gràcies a la seva madura experiència, estan en condicions d'oferir als joves consells i ensenyaments preciosos. Des d'aquesta perspectiva, els aspectes de la fragilitat humana, relacionats d'una manera més visible amb l'ancianitat, són una cridada a la mútua dependència i a la necessària solidaritat que uneixi les generacions entre si, perquè tota persona està necessitada de l'altra i s'enriqueix amb els dons i el carisma de tothom» (López Majano 2003).

3. Objectius del programa

3.1. Objectiu general

L'objectiu general és potenciar la interrelació entre les persones grans i els grups d'escolars, per facilitar el coneixement mutu entre generacions diferents, així com per afavorir el diàleg, la valoració i el respecte recíprocs.

3.2. Objectius específics

- Transmetre valors socials i ètics com la prudència, la comprensió, la tolerància, la solidaritat i la tradició.
- Apropar a la infància a la cultura popular i a la història del seu entorn des de la riquesa de la història viscuda.
- Fer sentir als infants i a les persones grans que se'ls valora i que són útils.
- Trobar moments i espais per interrelacionar-se i divertir-se.
- Donar a conèixer la realitat de les persones que viuen a la residència i fer d'aquesta un lloc de trobada, d'intercanvi i d'interrelacions socials.
- Potenciar l'oci actiu i la socialització de les persones residents i usuàries del Centre de Dia de la Residència de Gent Gran.

Des de la Residència fomentam aquest tipus d'activitats perquè contribueixen, d'una banda, a vèncer estereotips i prejudicis sobre les persones grans i, de l'altra, tenen un paper molt important en la prevenció de la dependència i fan que les persones grans participants siguin més actives personalment i socialment i converteixen el centre en un espai obert.

El més important és facilitar entorns per ampliar les relacions de les persones grans, així com oferir-los l'oportunitat de sentir-se útils i actius.

4. Metodologia i activitats

El programa es desenvolupa en dues sessions, cadascuna amb un espai propi. La primera sessió té lloc al centre escolar, a l'aula dels infants, mentre que la segona es desenvolupa a la casa de les persones grans, és a dir, a la Residència de Gent Gran.

Abans d'iniciar el programa i anar als col·legis, s'organitza una reunió entre totes les persones participants (residents del centre) per decidir l'activitat que volen realitzar a les escoles. Aquí podem destacar un dels punts més important d'aquest programa: que les persones grans siguin protagonistes de les seves vides, que decideixin per si mateixes, que se'ls tingui en compte.

Una vegada finalitzada la reunió, es disposa d'un guió amb totes les activitats proposades, els suggeriments i els recursos materials que seran necessaris en cada cas. Amb aquesta informació, ja es pot contactar amb els mestres dels col·legis per informar-los dels temes triats per les persones grans per treballar a l'aula. Aquest contacte permet treballar en l'adequació d'aquests temes a les característiques pedagògiques i els interessos dels nins i nines, així com també permet definir el calendari de sessions.

De manera prèvia a la realització de les sessions, a la Residència, cada persona prepara, al costat del terapeuta ocupacional, la sessió que durà a terme a l'aula (preparació de materials). Per la seva banda, els infants, al costat dels mestres, també preparen el tema que es tractarà a la primera sessió, quan es produirà la trobada amb la persona gran a l'aula.

Per realitzar la primera sessió, les persones residents al nostre centre van a l'aula, on expliquen les seves experiències o mostren el que han preparat. La sessió dura aproximadament quaranta-cinc minuts i s'estructura en funció del grau de dependència de les persones grans. Habitualment solen anar dues o tres persones grans a cada grup escolar, format per un nombre de vint a vint-i-cinc infants de cinc anys.

La segona sessió es produeix uns dies després. En aquesta ocasió, el grup de nins i nines visita el centre residencial, la casa de les persones grans que varen conèixer i que varen explicar les seves vivències dies abans. Durant aquesta segona trobada, els nins i nines coneixen el centre, comparteixen berenar i estimulació física mitjançant exercicis adaptats per als infants i les persones grans i passen una estona de diversió, oci i rialles. En aquesta sessió, no solament hi participen els residents que han anat a l'aula, sinó tots els que es vulguin sumar a l'activitat.

El calendari de sessions s'estableix en funció de les possibilitats dels centres escolars. No obstant això, normalment entre els mesos de març i abril es duen a terme les visites a les aules i el maig i juny es realitzen les sessions a la Residència.

Alguns exemples de primeres sessions portades a terme per les persones grans als col·legis durant l'any 2009 són els següents:

Paco: va treballar molts anys en una fusteria i, ja que les aules d'educació infantil estan identificades amb el nom d'algun animal significatiu per als nins i nines (les tortugues, les girafes), va comentar que podria fer-los amb fusta l'animal representatiu de la seva

aula i també les lletres del nom de l'animal. A més, els ensenyaria els noms dels tipus de fusta més freqüents que s'utilitzen en la seva professió i també les eines que utilitzava per treballar.

El més interessant d'aquesta activitat és el diàleg intergeneracional que es produeix entre la persona gran i els nins i nines, ja que aquests sempre estan atents al que diu o fa Paco i no paren de fer-li preguntes: «Quants anys vares treballar amb la fusta? Quantes taules vares fer? El meu papà també treballa la fusta...».

Margarita, per la seva banda, vol compartir amb ells la manera en què jugava quan tenia la seva edat. Hi havia molt poques joguines i aquestes eren molt cares. Margarita els fa pilotes amb paper, amb cabdells de llana, o una pilota amb trossos de teles... Els nins i nines queden molt sorpresos, ja que estan acostumats a tenir moltes i diverses joguines.

Manuela: és de Galícia i, com molts dels seus paisans, va haver d'emigrar a Argentina. Els vol parlar de la manera en què es vivia aquell temps i els costums que hi havia a Galícia.

Francisca: ha decidit contar-los com era la vida viscuda des d'un far.

Jordi: va treballar molts anys al camp. Molts nins i nines de la ciutat mai no han vist la planta real d'una tomatiguera, d'un pebrer. Així, Jordi els ensenya les seves llavors i els seus planters. Els explica la manera de diferenciar unes hortalisses d'unes altres per la fulla, el color, la grandària... Després, els nins i nines l'ajudaran a sembrar-les en un hort de debò.

Soledad: va viure molts anys al Marroc. Els contarà els seus costums: la manera en què vesteixen, el que mengen, els farà un te i els nins i nines comparen, pregunten...

Joana: va ser molts anys pescadora. Els contarà com era la pesca quan ella era més jove. Els mostrarà les eines i la manera de pescar d'abans i d'ara.

Esperanza: és la més veterana, amb noranta-vuit anys. Li agraden molt els animals. Els comentarà la manera en què hem de cuidar als animals si volem tenir una mascota. Els narrarà un conte popular menorquí i els regalarà uns ocells de paper fets per ella.

En la segona sessió, els nins i nines retornen la visita als grans i visiten ca seva, és a dir, la Residència. Els protagonistes de nou són Paco, Manuela, Margarita, Jordi, Francisca, Soledad, Joana, Esperanza i Pedro, que reben els grups d'escolars a l'entrada de la Residència, els donen la benvinguda i els mostren la casa: el menjador i la taula on mengen, la cuina, la infermeria, la sala d'estar, etc.

Molts nins i nines descobreixen per primera vegada que a la Residència no solament hi viuen les dues o tres persones grans que han anat a la seva aula, sinó també algunes més, fins a setanta persones de diferents edats.

Els mostren també totes les activitats que fan: gimnàstica, taller de lectura, excursions, estimulació, informàtica... Algun comentari que es pot destacar, per part dels nins i nines, és: «Sembla el nostre col·legi perquè també tenim porter o recepcionista i fem gimnàstica com ells!».

L'activitat del grup de persones grans de mostrar, al grup d'escolars, les dependències del centre també serveix de motivació i d'estímul per als altres residents. Aquests, espontàniament, s'acosten als infants, els abracen, parlen amb ells... És important constatar l'alegria i la satisfacció que senten per aquesta visita inesperada que segur que reportarà molta més qualitat de vida a les persones grans.

Finalment, als nins i nines se'ls convida a berenar i també aprofiten per participar en les activitats que en aquest moment realitzen els altres residents. Per exemple, participen en la psicomotricitat, a la qual s'apunten no solament les persones grans que han anat al col·legi sinó també totes les persones residents que ho vulguin: És una gran festa!



5. Els participants

Els participants el curs 2008-2009 des de la Residència de Gent Gran de Maó són:

- Soledad: té vuitanta-sis anys. Fa més de quatre anys que participa en el programa intergeneracional, des del 2006, i cada any va a una o dues aules. Ha viscut en diferents

punts d'Espanya i li encanta parlar de la seva infantesa al Marroc. Els nins i nines són la seva debilitat.

- Francisco: té seixanta-cinc anys. Fuster de tota la vida, fa poc que viu a la residència però abans era usuari del Centre de Dia i ja participava en els programes amb els nins i nines. És una persona divertida a qui li agrada relacionar-se amb la gent i el seu objectiu és sentir-se útil.
- Jordi: té setanta-nou anys. És usuari del Centre de Dia i participa en el programa des de fa tres anys. La seva passió per la terra i pels nins i nines fa que cada any planti amb il·lusió les llavors que després brollen a l'hort del col·legi davant l'atenta mirada dels nins i nines.
- Francisca: té setanta-nou anys. També és usuària del Centre de Dia i és el primer any que participa en el programa. Va viure molts anys amb els seus pares en un far i ho narra com una autèntica aventura.
- Margarita: té vuitanta-nou anys. Viu al centre des de fa més de quatre anys i, des del principi, cada any participa en el programa «Gent gran, gent petita». Li agrada molt recordar la seva infantesa, els jocs que compartia al carrer amb els seus germans, la manera en què feien les seves pròpies joguines...
- Manuela: té vuitanta-sis anys. Fa poc que viu a la Residència però, com Paco, abans venia al Centre de Dia. Li va costar prendre la decisió de participar en el programa, pensava que no tenia res per explicar als infants però, amb un poc de preparació, conta com era la seva infància a Galícia i Argentina...
- Joana: té vuitanta-dos anys. És decidida i llançada, li agrada ocupar el seu temps fent coses. Al principi, la relació amb els nins i nines li feia por, però després va veure que tenia moltes coses per contar: com eren la seva vida al costat de la mar i les xarxes de pescar...
- Pedro: té seixanta-nou anys. És el menys experimentat en el programa, enguany és el seu primer any, però ajuda els seus companys a recollir els materials, a preparar les sessions, els acompanya per donar-los ànims i de passada comparteix l'experiència amb els nins i nines a les aules.

També volem recordar les persones que han participat en el programa en anys anteriors i que, per problemes de salut, enguany no han pogut continuar. Esperança i Manolo han participat des de l'inici en el programa, han estat sis anys gaudint amb els nins i nines, Jordi, Luisa, María, Margarita...

Respecte de la trajectòria vital de la majoria dels nostres residents i de les persones usuàries del Centre de Dia, hem de dir que no han pogut ser escolaritzats, ja que procedeixen de l'època de la guerra i/o postguerra espanyola. Les seves condicions de vida eren molt austeres i van haver de col·laborar, des d'edats molt primerenques, en la precària economia familiar, especialment des de l'àmbit de l'agricultura. Aquesta situació no deixava temps per anar al col·legi i quan ho feien no era de manera prou continuada per permetre refermar, com a mínim, l'ensenyament bàsic. Aquest fet explicaria que moltes persones grans tinguin sentiments negatius davant la possibilitat de participar en aquest programa, ja que el fet de no haver anat a escola els fa tenir la sensació que no sabran comunicar les seves idees o expressar les seves experiències com ho haurien de fer. En aquest sentit, el dia que es va explicar el programa a una de les nostres usuàries, aquesta comentava: «Jo sóc molt humil, no sé si sabré explicar res, ja que tot just vaig anar a escola quan era petita. Com puc pretendre anar-hi ara de gran?». A pesar de tenir aquesta sensació personal, la vàrem animar que assistís a la reunió amb la resta de companys i companyes participants en el programa perquè, escoltant-los, pogués canviar la seva percepció. Ja fa tres anys que participa en el programa.

Des dels centres educatius, al llarg del curs 2008-2009, han participat en el programa cinc col·legis del municipi de Maó, amb un total de vuit grups de nins i nines de cinc anys (amb uns vint participants a cada grup) i més de deu mestres.





6. Avaluació

L'avaluació és una part molt important de qualsevol tipus d'activitat, ja que ens orienta i dóna informació sobre el funcionament de la nostra pràctica. Això ens permet esbrinar els aspectes que han funcionat de manera reeixida i els que s'haurien de millorar.

L'avaluació clàssica o per resultats es basa en l'examinació quantitativa dels resultats i en la comparació dels objectius perseguits amb els objectius obtinguts i s'atorga a l'avaluador un rol de jutge objectiu i imparcial. Enfront d'aquest model, ja fa anys que diversos autors aposten per models alternatius que donen més importància a les tècniques qualitatives i als processos d'avaluació participatius, en què la subjectivitat expressada pels actors participants en un programa (personal tècnic, gestor, persones beneficiàries, etc.) està legitimada. Aquest model alternatiu —que s'ha anomenat «avaluació pluralista»— se centra en la importància dels valors, interessos i opinions de la pluralitat d'actors. Ja no es tracta que un agent extern (l'avaluador) apliqui una tècnica «tancada», sinó que els agents mateixos que intervenen en el programa dissenyin l'avaluació, discuteixin el desenvolupament i els resultats i posin en valor la seva experiència i les seves opinions. Les persones participants no tenen, d'aquesta manera, un paper passiu, com a mera font de dades.

Els que defensen el model pluralista defensen que l'avaluació ha de ser un procés d'aprenentatge individual i col·lectiu i de foment de la capacitat mitjançant la qual les persones cobren més consciència dels seus punts forts i febles. Aquest procés d'aprenentatge crea condicions que propicien el canvi i l'acció.

L'avaluació és l'assignatura pendent dels programes intergeneracionals. En l'actualitat n'hi ha molts, a l'àmbit internacional, però la implantació dels programes no sempre ha anat acompanyada de l'avaluació documentada i d'estudis d'avaluació.

Kuehne (Kuehne, Kaplan 2001) suggereix que una de les possibles raons és perquè la informació de la qual disposen els avaluadors no sempre és sistemàtica i moltes vegades es basa en anècdotes recollides per algun participant o coordinador, sense cap tipus de mostreig, per la qual cosa dóna lloc a dades poc clares, no generalitzables.

Per tant, quan es tracta d'avaluar un programa intergeneracional, i més concretament, el nostre programa «Gent gran, gent petita: una experiència compartida», en què els actors són els protagonistes i l'avaluació no es pot quantificar amb nombres o xifres sinó amb somriures i assoliments, una part del programa s'avalua de manera pluralista, que consisteix en els aspectes següents:

- a) En reunions d'avaluació del programa entre la direcció del centre i els professionals que hi intervenen. Té com a finalitat proporcionar informació sobre la manera en què es desenvolupa realment el programa, a través d'una contínua verificació i un seguiment de la posada en pràctica.
- b) En entrevistes, reunions, xerrades amb els participants, perquè expliquin què els ha agradat, què no, com se senten, si consideren que els és útil, quins beneficis els ha reportat...

Així mateix, una vegada finalitzat el programa, també s'avaluen els factors següents:

- Si els objectius s'han adaptat a les necessitats reals del context per als quals han estat dissenyats.
- Si els objectius s'han complert.
- El nivell de satisfacció de tots els participants, mitjançant l'ús d'una escala graduada amb: excel·lent, bo, adequat, deficient.
- Adequació del temps de les activitats a les persones beneficiàries.
- Si les activitats han estat les adequades.

- Actituds pedagògiques per part del coordinador/a, dels mestres i de les persones grans.
- Registre d'algun fet rellevant en la interacció dels nins i nines amb les persones grans: canvis d'humor, reaccions significatives.
- Recursos emprats.

2. En aquest apartat de l'avaluació treballam per trobar eines per poder mesurar els beneficis i les emocions.

- Si el programa és significatiu per al projecte educatiu de centre.
- Adequació del llenguatge a l'edat de les persones a les quals anava dirigit.
- Actitud dels participants.
- El significat o la rellevància que aquest programa aporta a la vida de les persones grans participants. Aquest punt el realitzam mitjançant una petita entrevista en què se'ls pregunta l'opinió que tenen del programa o la seva significació per a ells. D'aquí es poden extreure experiències o beneficis concrets que el programa aporta a aquestes persones.

Des que es va iniciar el programa, cada any s'ha fet una avaluació, que amb el pas del temps s'ha modificat i millorat i s'han revisat i canviat les eines de valoració i els apartats que s'avaluaven. Per tant, les dades d'avaluació que s'ofereixen a continuació corresponen al curs 2008-2009.

Pel que fa a l'avaluació del procés, podem dir que tots els professionals el valoren com a excel·lent. Algunes aules afirmen que el nombre de sessions és molt petit i suggereixen que s'ampliïn a més de dues sessions cada any.

La consecució dels objectius ha estat del 100%, atès que quan vàrem plantejar els objectius del programa ho vàrem fer amb objectius reals i assolibles.

Quant a l'avaluació dels beneficis que aporta el programa i a la manera en què el viuen les persones participants, cal dir que les persones grans solament deixen de participar-hi quan tenen seriosos problemes de salut; si no, cada any repeteixen. Si pot ser, van al mateix col·legi (però amb nins i nines diferents); si no pot ser, van a altres col·legis. Cada any esperen amb ànsia que arribi l'inici del programa per tornar a compartir amb «els seus alumnes» les hores de classe. Les reunions preparatòries els duen a passar molt més temps junts, a formar llaços de veritable amiatat i convivència, a l'ajuda recíproca...

Aquí us presentam alguns testimonis per reflectir l'avaluació i la valoració que s'ha fet del programa:

«Per mi participar en aquest programa suposa una alegria molt gran, ja que em comunic amb els nins i nines, els dic que han d'estar molt contents i orgullosos perquè tenen de tot avui dia: televisió, jocs de tot tipus, regals d'aniversari, de Nadal, de reis... En canvi, nosaltres, en la nostra època, i de miracle, teníem un regal tan sols el dia de reis i l'esperàvem com a aigua beneïda. Eren altres temps, difícils i durs, però això no els ho dic d'aquesta manera, els ho dic amb altres paraules. L'important és que gaudeixin. Han de donar valor al que tenen, que és molt.

Em fan viure tant! Perquè jo estic malament de salut; a més, ja no sóc una joveneta, tinc vuitanta-sis anys, em fan mal els genolls i això fa que no pugui caminar tant com a mi m'agradaria i estic sorda d'una orella. Però, pensar en els nins i nines, en l'escola amb ells, em fa rejuvenir i oblidar tots aquests mals. Si desaparegués el programa em resignaria, em sabia molt de greu perquè, com dic, em dona molta vida i alegria. A part de tot això, els nins i nines m'encanten, la seva innocència, les seves preguntes, els seus raonaments són molt sorprenents. Fixau-vos: avui és dijous de carnaval, els nins i nines de l'escola d'aquí al costat, San José, passen per davant de la Residència disfressats i ja ens teniu a mi i als meus companys aixecant-nos dels seients i sortint al carrer a saludar-los. És una experiència meravellosa!

El que més m'agrada és relacionar-me amb ells, jugar amb ells, contar-los experiències de la meua vida, veure les seves cares de sorpresa. L'altre dia, sense anar més lluny, va venir la meua filla a veure'm i vàrem anar a un bar d'aquí al costat a prendre un cafè, a parlar de les nostres coses...; aleshores, de casualitat, se'm va acostar un nin de l'escola on vàrem ser fa tres setmanes i em va saludar. Jo abans ja havia vist que m'assenyalava i, baixet, li comentava qualque cosa de mi al seu amic, perquè no parava de mirar-me i de gesticular. Em va fer tanta il·lusió que em reconegué que no us ho podeu ni imaginar. I no vegeu la cara de la meua filla quan ho va veure, va quedar molt sorpresa d'aquesta petita amistat i de l'educació d'aquests nins i nines perquè varen mostrar un gran afecte cap a mi».

(Soledad, 86 anys)

«M'ha agradat molt, vaig riure molt perquè els al·lots fan coses que em fan riure: és molt divertit el que pregunten i et sents molt acompanyat, amb la qual cosa vaig recordar temps bons. Em va cridar molt l'atenció tots els dibuixos que havien fet i també l'interès que tenien en tot el que jo els contava sobre el funcionament d'un molí antic on jo vaig treballar».

(José, 80 anys)

«Estic un poc nerviós perquè serà la primera vegada que participi en l'escola amb un grup de nins i nines de cinc anys però, com que sempre m'han agradat els nins i nines, crec que ho passaré molt bé. El més important per a mi és que és una experiència nova que m'ensenyarà moltes coses bones, tant a mi com als nins i nines, perquè m'agrada ensenyar-los el que vaig fer quan era petit. A més, surt de la rutina i faré una cosa diferent i nova. És molt gratificant sortir de les mateixes coses de cada dia. I conèixer altres llocs o altres persones m'agrada. De moment tinc ganes que arribi el dia de començar».

(Pedro, 68 anys)

«He gaudit molt veient dues generacions compartint el seu temps, els seus coneixements i experiències. He vist els nins i nines feliços que una persona gran els explicàs coses que ells no sabien [...]. I a la persona gran l'he vist feliç d'explicar el seu ofici i d'oferir coneixements a nins i nines amatents a aprendre'ls».

(Cristina, treballadora de la Residència de Gent Gran del CIM)

«Els nins i nines d'educació infantil de cinc anys han tingut la sort de poder compartir vivències, experiències i emocions amb les persones grans de la Residència de Gent Gran de Maó. Han vingut: Jordi, Paco, Margarita, Joana i Pedro. Hem pogut comprovar que aquest acostament de generacions enriqueix molt el dia a dia tant de les persones grans com dels nins i nines. Uns aprenen dels altres. No hem d'oblidar que les persones grans representen la cultura, la saviesa i l'experiència, mentre que els nins i nines són la innocència, el futur, les ganes d'aprendre... Els nins i nines han après a respectar les persones grans, a ajudar-les i a ser solidaris amb elles. Ens han aportat coneixements, valors, tendresa i emoció, molta emoció».

(Sara, mestra d'educació infantil)

«El que més em va agradar va ser visitar la casa de l'àvia Antònia: és molt gran, no me la imaginava així. Té tres pisos i moltes portes. M'ha agradat molt».

(Clàudia, 5 anys.)

«Em va agradar molt fer jocs amb els grans, sobretot fer el túnel junts: primer ens posam de dos en dos i després agafam les cintes i passam per davall dels altres».

(Paula, 5 anys)

«Els (els nins i nines) estaven molt atents a totes les seves paraules, a les seves vivències. Eren molt curiosos amb tots els objectes antics que mostraven els grans: lleteres grans d'alumini, mesuradors de llet... No som conscients que, pels grans, mostrar aquests

objectes suposa veritables vivències emocionals i donar-los l'oportunitat d'expressar-se és com donar un gran reconeixement a les seves vides. [...] No hi ha dubte que els grans transmeten als nostres fills valors de solidaritat».

«La meva filla, a pesar que ja han passat dos anys de l'experiència, encara em comenta coses i es recorda de les persones grans que varen visitar el col·legi i, a partir d'aquí, ella, a qui agraden molt les feines manuals, sempre pensa a realitzar objectes amb draps o teles i tot perquè l'àvia que va venir a l'aula els va ensenyar a fer joguines amb teles i fils.

Gràcies per cercar moments, espais, per dialogar unes generacions amb unes altres»

(Carme, mare d'una nina participant en el programa)

7. Conclusions. Balanç del programa

Com a conclusió, podem dir que el fet d'haver facilitat la trobada d'ambdues generacions fa que es produeixin amistats, relacions espontànies entre els membres d'aquestes generacions. Alguns dels nins i nines participants, posteriorment a l'activitat, vénen a la Residència, amb els pares, a visitar la persona gran que han conegut i molts altres, quan coincideixen pel barri o pels carrers de Maó, els saluden i els pregunten com estan.

És molt important aprofitar aquestes trobades per posar en comú les capacitats de tothom, compartir-les per al benefici mutu i, així, contribuir que les persones grans obtinguin qualitat de vida, se sentin més saludables i visquin la vida des d'una perspectiva més positiva.

A més, aquest programa els dóna força per enfrontar-se a si mateixos, als seus pensaments, a les seves possibilitats, les seves pors, i per donar-se suport mútuament, ja que serveix, entre altres coses, perquè prenguin consciència que valen més del que ells pensen. Això ho diem tenint present el cas d'una usuària, que hem esmentat anteriorment, que anava a participar en el programa per primera vegada; érem a la reunió preparatòria del programa i, sabent els seus companys el que ella sentia, una de les veteranes li va comentar:

«Les pors que tu tens ara jo també les vaig tenir l'any passat. Mai no havia explicat res a persones que no coneixia i menys a mestres, però em vaig llançar i hi vaig anar i t'assegur que no és tan difícil com sembla. No et preocupis; tu véns amb mi a l'escola, que jo t'ajudaré. A més, els nins i nines són increïbles, fan cada pregunta que primer he de respirar, pensar i després contestar. És genial».

La usuària, en escoltar aquestes paraules, es va animar i va anar al col·legi. Per descomptat, va quedar molt contenta i enguany repeteix.

Finalment, hem de dir que aquest programa no es podria dur a terme sense la força i el coratge dels nostres grans ni sense la il·lusió d'un grup de professionals (mestres, treballadors dels centres geriàtrics) que creuen en els beneficis que aporta aquest tipus de programes i en concret el «Gent gran, gent petita: una experiència compartida». Ho avalen els sis anys de funcionament des que es va posar en marxa.



Referències bibliogràfiques

Organización Mundial de la Salud (2002). Envel·liment Actiu: un marc polític. *Revista Espanyola de Geriatria i Gerontologia*, 37 (S2): 74-105.

Pinazo, S. (2009). *Envel·liment actiu*. I.M., 9-10.

López, B. (2003). *Prevenió de la dependència*. Extret dia 20 de juliol de 2009 de <<http://www.ceoma.org/vicongreso/comunicacions/22.doc>>

Sánchez, M. (dir.) (2007): *Programes intergeneracionals. Cap a una societat per a totes les edats*. Col·lecció Estudis Socials, 23. Barcelona: Obra Social «La Caixa», pàg.16-99.

Sánchez, M. (dir.) (2007): *L'avaluació dels programes intergeneracionals*. Madrid: IMSERSO.

Sáez, J. (2008, octubre): Descripció, anàlisi i avaluació dels programes intergeneracionals a Espanya. Model i bones pràctiques. Treball presentat a la jornada El Camp Intergeneracional: Anàlisi de bones pràctiques i propostes de desenvolupament, celebrada a Pamplona, España.

Autors

CECÍLIA PADRÓS CANO

Barcelona. Diplomada en Infermeria. Actualment és la directora insular d'Acció Social i Benestar del Consell Insular de Menorca. Propulsora i cofundadora del programa «Gent gran, gent petita: una experiència compartida», que funciona des de l'any 2002, primer com a directora de la Residència de Gent Gran i després com a directora insular de la Conselleria de Benestar Social del Consell Insular de Menorca

ESPERANÇA MOLL MESQUIDA

(Es Migjorn Gran) Menorca. Diplomada en Infermeria per la Universitat de les Illes Balears. Professora associada a l'Escola d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears 2004-2005, 2005-2006 i 2007. El curs 2008-2009 ha estat professora associada a l'assignatura d'Infermeria Geriàtrica. Ha treballat com a infermera primer a l'Hospital Verge del Toro (Maó) i després a la Residència de Gent Gran del Consell Insular de Menorca (Maó). Des de l'any 2005 desenvolupa tasques de direcció a la residència de Gent Gran i al Centre de Dia d'Alzheimer i altres Trastorns Cognitius; ambdós centres pertanyen al Consell Insular de Menorca.

FERNANDO RAMÓN GANCEDO

(Fabero del Bierzo) Lleó. Llicenciat en Filosofia i Ciències de l'Educació per la Universitat de Salamanca. Educador Social habilitat pel Col·legi d'Educadors i Educadores Socials de les Illes Balears. Coordinador del programa intergeneracional «Gent gran, gent petita: una experiència compartida» a la Residència de Gent Gran de Maó del Consell Insular de Menorca des del 2006.

ANÀLISI DE LES ASSOCIACIONS DE GENT GRAN A LES ILLES BALEARS

Anàlisi de les associacions de gent gran a les Illes Balears

Josep Lluís Riera Moll

Resum

Aquest article és una aproximació a les associacions de persones grans, atesa l'expansió que aquestes han tingut els darrers anys.

Aquestes associacions comencen a sorgir amb la millora de les condicions de vida i l'allargament de l'esperança de vida de la població. Surten per pròpia iniciativa de les persones grans i moltes han establert amb el temps forts lligams amb diferents administracions.

Cal dir que, a les Illes Balears, les persones grans són un col·lectiu prou nombrós que, segons la revisió del padró de 2008, s'eleva a unes 145.680 persones, el 13,57% de persones de més de seixanta-cinc anys. Mallorca acull 118.681 persones, mentre que Menorca en té 12.437; Eivissa, 11.160 i Formentera, 1.160.

Tot i ser un col·lectiu que ha crescut en 4.626 persones, amb referència al padró de l'any anterior, disminueix en percentatge global quant a població.

Les associacions són les entitats més utilitzades per les persones grans i, dintre d'aquestes, el que podem denominar llars o clubs per a persones grans, de gent gran o de tercera edat, que dia 1 de gener de 2009 ja eren 278, sense deixar de banda la resta d'associacions i fundacions que també existeixen per a aquests col·lectius.

Resumen

Este artículo es una aproximación a las asociaciones de personas mayores considerando la expansión que éstas han tenido en los últimos años.

Hay que decir que en las Islas Baleares las personas mayores son un colectivo bastante numeroso que, según la revisión del padrón de 2008, se eleva a unas 145.680 personas, el 13.57% de personas de más de 65 años. Mallorca acoge a 118.681 personas, mientras que Menorca a 12.437, Ibiza a 11.160 i Formentera a 1.160.

A pesar de ser un colectivo que ha crecido con 4.626 personas en referencia al padrón del año anterior, disminuye en porcentaje global en cuanto a población.

Las asociaciones son las entidades más utilizadas por las personas mayores y, dentro de estas lo que podemos llamar hogares o clubs para personas mayores, de gente mayor o de la tercera edad, que a día 1 de enero de 2009 ya eran 278, sin dejar de lado el resto de asociaciones y fundaciones que también existen para y con estos colectivos.

1. Què impulsa les persones grans a crear associacions

De tota la informació rebuda, tant dels col·lectius de persones grans com d'algunes publicacions existents, hom pot deduir que el col·lectiu de persones grans ha perfilat els reptes de futur amb vista a millorar els drets que haurien de tenir com a col·lectiu de persones i a definir els seus rols.

Pere Barceló, al seu llibre *Qui ha dit que som vell?*, ho descriu com si fos una revolució que tot just acaba de començar. Les persones grans de cada cop generen més notícies i no solament negatives. L'autor creu que, de mica en mica, es tracta d'aconseguir retornar a les persones grans la importància que tenen, aprofitar la seva saviesa.

És cert que, si miram enrere, s'han aconseguit molt avenços, com el tema de les pensions segons les cotitzacions de cada persona, ofertes de serveis socials, pensions no contributives, etc.

Ara bé, com es demana Pere Barceló, al seu llibre *Volem viure: «Tots aquests avantatges aconseguits fins ara no són la substitució d'alguns drets socials que abans fruïen els padrins i les padrines de les famílies extenses, on fills, filles, gendres i nores, juntament amb els seus descendents, acceptaven la saviesa, l'experiència, l'autoritat i el patrimoni d'aquell que havia obert camí a tota una nissaga llarga i normalment nombrosa de descendents i nouvinguts per matrimonis i aparellaments?».*

A més de llocs, diguem-ne de reivindicació, i de canvi d'un model de «jubilats i pensionistes» a un model de «persones grans», segons Francisco Ferrer, president de la Federació d'Associacions de Jubilats i Pensionistes, les associacions han vist els darrers anys que s'ampliava la seva oferta, no solament d'esbarjo sinó també formativa. Sobretot, aquest fenomen ha succeït més als denominats clubs o llars. Han passat de ser centres on passar el temps a centres on continuar formant-se.

També l'heterogeneïtat de les persones que s'acosten a les diferents associacions ha fet que l'oferta canviàs.

I segurament canviarà més en un futur no gaire llunyà.

2. Diferències entre serveis i associacions

A les Illes Balears hi ha un total, dia u de gener de 2009, de 338 entitats (associacions, fundacions, llars, clubs, etc.) per a persones grans, que conviuen amb altres serveis que ofereixen tant les administracions com les entitats de particulars.

Actualment, el tema de serveis està molt mesclat, perquè tothom ofereix serveis per a persones grans (la iniciativa pública, la privada i fins i tot les associacions mateixes s'han convertit en molts de casos en entitats prestadores de serveis).

A més dels serveis que presten les associacions, es donen moltes vegades els mateixos serveis a residències, centres de dia i a diferents empreses que simplement entre tots milloren el ventall de possibilitats que s'ofereixen a les persones grans.

Sobretot es tracta de serveis d'oci, culturals, educatius, informatius sobre prestacions socials i de prevenció de la salut.

Caldrà distingir, doncs, entre els diferents serveis que s'ofereixen.

En el nostre cas, per a l'estudi del moviment associatiu, s'han tingut en compte sobretot les ofertes associatives en què les persones grans poden ser directament protagonistes, no solament pels serveis de què són usuàries, sinó també perquè les associacions els donen veu i vot i l'oportunitat de dissenyar ells mateixos la manera en què volen que sigui i les coses que volen que faci la seva associació. Vet aquí la gran diferència entre uns i altres.

A les associacions es fomenta la participació mitjançant activitats de lleure, educatives i, a més, afavoreixen la relació social entre els individus que en formen part.

És important que les persones grans, igual que succeeix en altres col·lectius, siguin protagonistes de les seves pròpies actuacions i decisions i per a això no hi ha res millor que pertànyer a alguna de les associacions existents.

3. Diferents denominacions per a una mateixa finalitat

És curiós observar les diferents denominacions que hom dona a les associacions que s'han creat. Tan sols disset entitats del total d'associacions no duen al seu nom cap referència específica al col·lectiu de persones grans ni altres paraules semblants.

També cal dir que algunes entitats mesclen diferents noms, com per exemple, persones majors i tercera edat i, a més, un total de setze entitats han afegit la paraula «amics» per donar a entendre que no hi ha una limitació d'edat en els socis. Cal dir que aquestes paraules, com amics o familiars (que també surt, encara que molt poc), són utilitzades sobretot en les associacions en què existeix una limitació de l'edat dels socis, moltes vegades marcada per les administracions a les seves convocatòries de subvencions. No la trobam a les associacions que admeten persones de qualsevol edat, tot i que una gran majoria dels seus integrants siguin persones grans. Així succeeix, per exemple, a associacions com la del Foment de la Cultura de Muro, el Club Horizonte o l'Associació d'Antics Escoltes.

La paraula més utilitzada és «persones majors», que s'utilitza un total de cent deu vegades: cent vegades a Mallorca i deu a Eivissa. A les illes de Menorca i Formentera aquesta denominació no apareix cap vegada.

Taula 1 | *Denominacions de les associacions de persones grans*

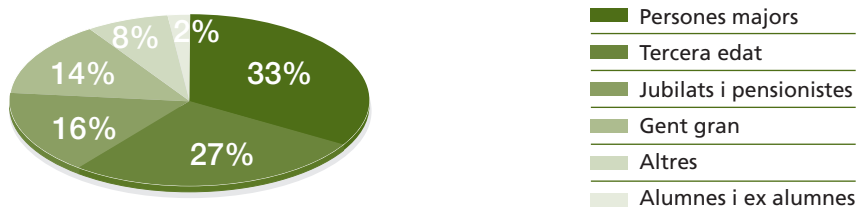
	TOTALS	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
Persones majors	110	100	0	10	0
Gent gran	46	44	1	1	0
Tercera edat	88	82	2	4	0
Jubilats i pensionistes	52	39	9	2	2
Alumnes i exalumnes	6	5		1	0
Altres	25	23	1		1

A continuació, trobam l'expressió «tercera edat», amb vuitanta-vuit entrades en total: vuitanta-dues vegades a Mallorca, dues a Menorca i quatre a Eivissa.

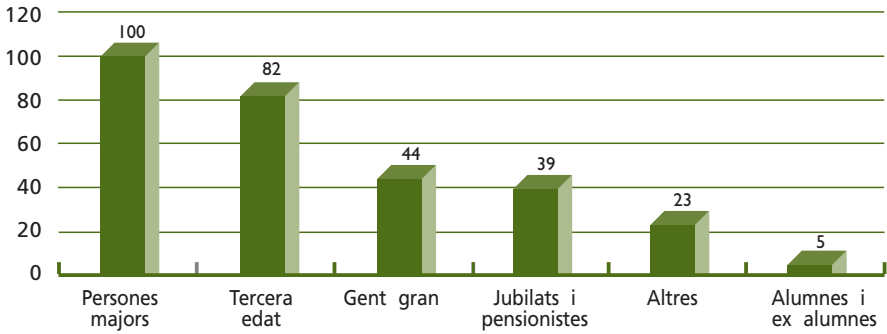
La segueix l'expressió «jubilats i pensionistes», amb cinquanta-dues entrades: trenta-nou a Mallorca, nou a Menorca, dues a Eivissa i dues a Formentera. Aquesta paraula, com es pot veure, és l'única que s'utilitza a totes les illes i, a més, coincideix sobretot amb les associacions creades els anys vuitanta. També és la que més utilitzen les associacions amb lligams a institucions o empreses, com per exemple l'Associació d'Empleats i Jubilats del Banc Central Hispano, l'Associació de Jubilats del Cos Nacional de Policia o la Germandat de Mestres Jubilats. Els darrers anys aquesta paraula sembla que ha caigut en desús i quasi no s'ha utilitzat a les noves associacions.

Finalment, una expressió també molt utilitzada és «gent gran». En total, apareix quaranta-sis vegades. A Mallorca l'utilitzen quaranta-quatre associacions; a Menorca, una; a Eivissa, una altra, i cap a Formentera. Aquesta paraula sembla molt lligada a unes associacions molt concretes derivades d'uns programes específics d'una administració.

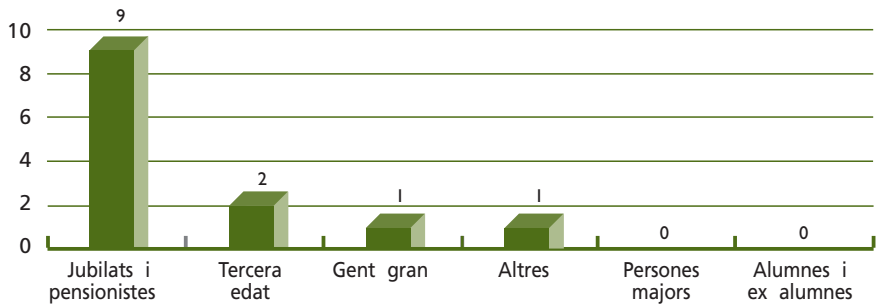
Gràfic 1 | *Denominacions a les Illes*



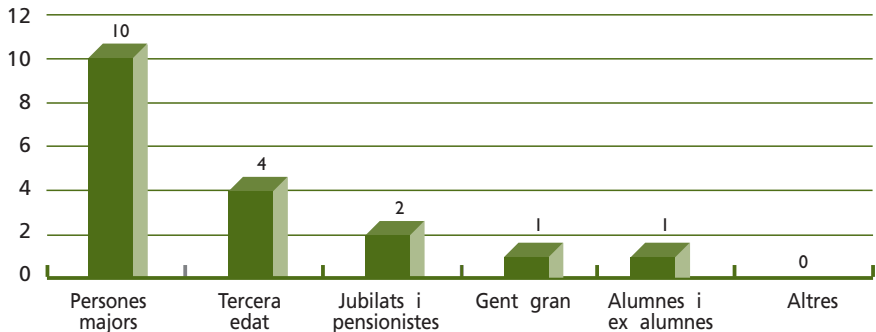
Gràfic 2 | *Denominacions Mallorca*

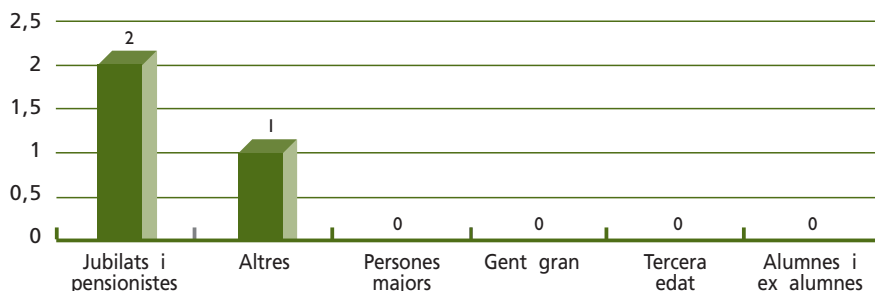


Gràfic 3 | *Denominacions Menorca*



Gràfic 4 | *Denominacions Eivissa*



Gràfic 5 | *Denominacions Formentera*

Per completar el panorama, segueixen un total d'unes vint-i-cinc entrades, amb denominacions diferents i variades (democràtica, progressista, esplai, etc.).

Taula 2 | *Altres paraules*

Cultural i recreativa	1
Llar	7
Democràtica	3
Progressista	2
Esplai	3
Vellesa	1
Padrins	1
Vídues	2
Antics cavallers/Antics	2
Passius	1
Veterans	1
Mestresses	1

Es curiós que, en el grup de les paraules menys utilitzades, algunes són o han estat molt utilitzades a les nostres illes i solament unes poques associacions les han utilitzat per donar nom a la seva entitat o descriure-la. Es tracta de paraules com vellesa, padrins, mestresses, etc., que realment surten a un màxim de dues o tres associacions.

També surten altres paraules que han caigut en desús i que fins i tot en alguns casos les associacions ja substitueixen, com per exemple la paraula antics, passius o veterans, en molts de casos perquè amb els temps aquestes han perdut el seu valor inicial.

De tot el que hem comentat, podem veure que, de mica en mica, les associacions perfilen la seves denominacions tot adaptant-se als temps que corren. Hem passat de jubilats i pensionistes a tercera edat, per després passar a gent gran i ara a persones majors.

Ara bé, s'ha de tenir en compte que moltes associacions segueixen respectant el nom inicial de la seva fundació, més per una qüestió afectiva i de marca. Totes les associacions són conscients de quins són els seus col·lectius, indistintament de les diferents denominacions, que a més són utilitzades més segons les èpoques que no segons els col·lectius. Fins i tot les diferents administracions en són conscients i es pot veure que els darrers anys van adaptant els seus programes i les seves convocatòries de subvencions a les denominacions més acceptades, com ara la de persones majors.

4. Les xifres de les associacions de persones grans

A les Illes Balears, dia u de gener de 2009, a la informació consultada a diferents registres hi consten un total de 317 associacions, una confederació, set federacions i tretze fundacions, cosa que ens dona un total de 338 entitats per a persones grans, que realitzen activitats per a persones grans o que tenen seccions de persones grans dins de la seva entitat.

D'aquestes associacions, 306 corresponen a l'illa de Mallorca, divuit a l'illa d'Eivissa, onze a Menorca i tres a Formentera. S'ha de tenir en compte que s'ha recollit la informació de les associacions que ja estan en funcionament i en una gran majoria estan inscrites als registres. A algunes illes, per exemple Formentera, tenim constància que es treballa per a l'obertura de noves associacions.

Taula 3 | *Total associacions per Illes*

MENORCA	11
EIVISSA	18
FORMENTERA	3
MALLORCA	306
TOTAL	338

Les associacions de persones grans estan distribuïdes per totes les illes i per quasi tots els municipis. Solament als municipis des Migjorn Gran i Sant Lluís, a Menorca, i els d'Escorca i Estellencs, a Mallorca, no es té constància de cap associació per a persones grans. En alguns casos, com el d'Estellencs, les persones grans participen a les activitats del centre de dia d'Esporles o bé de l'Associació de Persones Grans d'aquesta localitat.

Gràfic 6 | *Total associacions a les Illes Balears*

Si bé no ha estat possible saber el nombre d'associats de cada una de les associacions, ja que aquesta informació no se'ns ha facilitat per part d'algunes administracions, es pot veure per la taula adjunta que a la majoria d'associacions hi hauria una mitjana d'uns 431 socis per entitat, si bé aquesta xifra és solament estimativa i no es correspon amb la realitat de cada municipi. De l'única illa de què tenim dades és de Menorca, on el total d'associacions arreu té uns 10.298 socis, del total de 12.437 persones grans d'aquesta illa.

Taula 4 |

Municipis de les Illes Balears	Població total	Població gent gran	Total associacions
MENORCA	92434	12437	11
ALAIOR	9133	1304	1
ES CASTELL	7724	919	2
CIUTADELLA	28696	3717	3
FERRERIES	4617	511	1
MAÓ	28904	4139	1
MERCADAL	5134	664	3
ES MIGJORN	1522	929	0
SANT LLUÍS	6704	254	0
EIVISSA	134200	13402	18
EIVISSA	46835	4488	7
SANT ANTONI DE PORTMANY	21082	2417	3
SANT JOAN DE LABRITJA	5468	969	1
SANT JOSEP DE SA TALAIA	21304	2143	3
SANTA EULÀLIA DEL RIU	30364	3385	4
FORMENTERA	9147	1160	3
FORMENTERA	9147	1160	3

Municipis de les Illes Balears	Població total	Població gent gran	Total associacions
MALLORCA	846210	118681	305
ALARÓ	5178	855	1
ALCÚDIA	18327	1833	3
ALGAIDA	4827	853	1
ANDRATX	11348	1720	2
ARIANY	839	242	1
ARTÀ	7113	1296	2
BANYALBUFAR	627	110	3
BINISSALEM	7030	1044	2
BÚGER	1066	265	1
BUNYOLA	5910	836	3
CALVIÀ	50777	5223	17
CAMPANET	2601	577	3
CAMPOS	9294	1674	2
CAPDEPERA	11446	1503	4
CONSELL	3413	470	1
COSTITX	1023	205	2
DEIÀ	754	111	1
ESCORCA	276	51	0
ESPORLES	4696	689	1
ESTELLENCES	388	80	0
FELANITX	17969	3124	8
FORNALUTX	732	151	1
INCA	29450	3711	12
LLORET	1249	238	1
LLOSETA	5655	783	2
LLUBÍ	2202	503	3
LLUCMAJOR	35092	4186	13
MANACOR	39434	6302	10
MANCOR DE LA VALL	1146	207	1
MARIA DE LA SALUT	2161	528	1
MARRATXÍ	32380	2978	13
MONTUÏRI	2749	626	2
MURO	7058	1384	2
PALMA	396570	52914	130
PETRA	2856	637	2
POLLENÇA	16997	2929	6
PORRERES	5272	1098	1

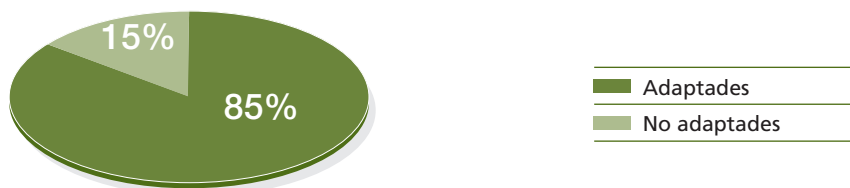
Municipis de les Illes Balears	Població total	Població gent gran	Total associacions
PUIGPUNYENT	1763	279	1
SA POBLA	12455	2233	3
SANT JOAN	1956	474	1
SANT LLORENÇ	8467	1587	3
SANTA EUGÈNIA	1562	265	1
SANTA MARGALIDA	11207	1523	6
SANTA MARIA DEL CAMÍ	5672	955	3
SANTANYÍ	12303	1981	6
SELVA	3370	663	5
SENCELLES	3006	536	3
SES SALINES	5049	816	4
SINEU	3398	745	2
SÓLLER	13625	2395	3
SON SERVERA	11713	1379	3
VALLDEMOSSA	1977	358	1
VILAFRANCA DE BONANY	2782	556	2

Font: Població total de l'Institut Balear d'Estadística (dades per municipis) i elaboració pròpia

De les associacions registrades legalment a alguns dels registres existents, solament un 85% estan adaptades a la Llei 1/2002 d'associacions. És a dir, la Llei preveia que en el termini d'un any des de la seva publicació al BOIB, totes les associacions havien d'adaptar els seus estatuts i els seus òrgans de govern al que s'establí a l'esmentada llei i comunicar-ho al registre competent. Això no vol dir que el 15% restant no estigui en funcionament, ja que a hores d'ara encara hi ha associacions que s'hi estan adaptant. Del conjunt general de totes les associacions inscrites al registre, les de persones grans són les que més s'han adaptat a la Llei.

De les entitats adaptades, el 90% correspon a associacions de Mallorca, el 5% a Eivissa, el 4% a Menorca i l'1% a Formentera.

Gràfic 7 | Totals adaptades



Gràfic 8 | *Totals adaptades a Llei*

De totes les associacions per a persones grans existents a les Illes Balears (un total de 338), una gran majoria (278) són les que denominam centres, llars o clubs per a persones grans, el que representa un 82,25% del total.

Taula 5 | *Clubs o llars*

MALLORCA	248
MENORCA	11
EIVISSA	16
FORMENTERA	3
TOTALS	278

Gràfic 9 |

La resta d'associacions tenen àmbits d'actuacions diferents o la seva finalitat en la creació de l'associació fou diferent.

Algunes d'aquestes associacions, tot i que per estatuts tenen un àmbit d'actuació que pot semblar diferent dels clubs de la tercera edat, duen a terme activitats que, en el fons, no són tan diferents entre associacions.

A més de les associacions, s'ha de tenir en compte que a les Illes Balears existeixen un total de vuit confederacions o federacions que arregleguen de manera majoritària els denominats clubs, llars o centres i són els interlocutors amb les diferents administracions. Aquest fenomen es dona sobretot a Mallorca, pel fet de ser l'illa que té el nombre més gran d'associacions i d'associats, si bé també existeix una federació a l'illa d'Eivissa que té aquesta mateixa finalitat.

La creació d'aquestes federacions es va fer en diferents anys i sobretot està motivada per qüestions, diguem-ne, polítiques o, si més no, d'oportunisme davant l'administració i, en alguns casos, per l'administració mateixa. Està clar que legalment totes es varen constituir per un tema d'agilitat i de compartir recursos a l'hora de tenir representació davant les administracions.

Una confederació de federacions de persones majors de les Illes Balears.

Sis federacions a Mallorca

- Federació d'Associacions de Persones Majors de Marratxí
- Federació d'Associacions de Persones Majors de la Ciutat de Palma
- Federació d'Associacions de la Tercera Edat de Palma
- Federació d'Associacions de Jubilats i Pensionistes de la CAIB
- Federació d'Associacions de Majors de les Illes Balears
- Federació d'Associacions de Persones Majors de la Part Forana de Mallorca

Una federació a Eivissa

- Federació Pitiüsa d'Associacions de Majors

No totes les federacions funcionen pels motius d'oportunisme exposats anteriorment, si bé totes apareixen al Registre d'Entitats Jurídiques com si estiguessin d'alta. A les illes de Menorca i Formentera no existeix cap tipus de federació.

També hi ha al registre tretze fundacions (totes a Mallorca) que tenen com a una de les seves finalitats la prestació de serveis a les persones grans. Totes són privades, excepte una, la composició dels patrons de la qual recau en membres de l'Ajuntament de Felanitx

- Fundació Lilo	Calvià	Mallorca
- Fundació Juan Muntaner Rosselló	Palma	Mallorca
- Fundació Hispanoalemanya d'Assistència a la Tercera Edat i Persones amb Discapacitat	Calvià	Mallorca
- Fundació de Beneficència Particular Alzina	Inca	Mallorca
- Fundació d'Artistes Plàstics Majors de Mallorca. Fundació Alexandro	Marratxí	Mallorca
- Fundació Asil de Vells de les Germanetes dels Pobres	Palma	Mallorca
- Fundació Tabaluga	Pollença	Mallorca

- Fundació Gual Bestard	Campanet	Mallorca
- Fundació Assistencial de Capdepera i Cala Rajada	Capdepera	Mallorca
- Fundació Residència Mare de Déu De Sant Salvador	Felanitx	Mallorca
- Fundació Miró Pastor	Sóller	Mallorca
- Fundació Miquel Servera Blanes	Palma	Mallorca
- Fundació Maria Aguilera	Palma	Mallorca

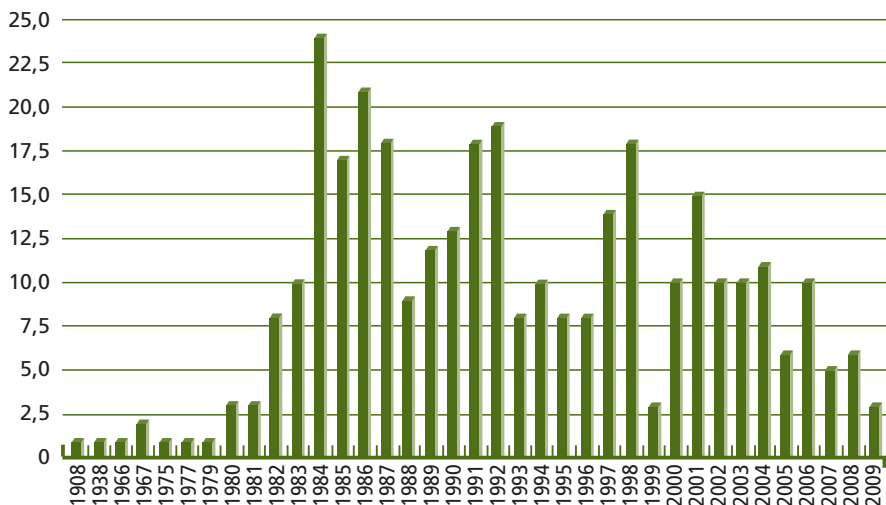
El creixement més gran de les associacions vinculades a persones grans o d'ajuda o serveis envers aquest col·lectiu es produeix sobretot a partir de l'any 1984, un any després de l'aprovació de l'Estatut d'Autonomia de les Illes Balears i a partir del moment en què la nostra comunitat assumeix plena competència en aquest tema.

Taula 4 | *Any d'inscripció al registre de les associacions*

Any d'inscripció	Total
1908	1
1938	1
1966	1
1967	2
1975	1
1977	1
1979	1
1980	3
1981	3
1982	8
1983	10
1984	24
1985	17
1986	21
1987	18
1988	9
1989	12
1990	13
1991	18
1992	19
1993	8
1994	10
1995	8

Any d'inscripció	Total
1996	8
1997	14
1998	18
1999	3
2000	10
2001	15
2002	10
2003	10
2004	11
2005	6
2006	10
2007	5
2008	6
2009	3
TOTAL	338

Gràfic 10 |



Es pot observar al gràfic que, just després de l'aprovació de l'Estatut, es produeix una pujada espectacular de les legalitzacions d'associacions. De fet, entre els anys 1984 i 1987 es legalitzen vuitanta associacions. Entre els anys 1991 i 1998 se'n varen legalitzar cinquanta-cinc.

L'associació més antiga en funcionament de la qual tenim constància es va legalitzar l'any 1908. La segueix una altra registrada l'any 1938 i ja fins al 1966 no trobam una altra associació en funcionament. Es pot suposar que en aquests períodes funcionaren altres associacions de les quals no tenim constància. D'aquest any, el 1966, fins al 1983, o sigui, en disset anys, es legalitzaren trenta associacions. En canvi, del 1984 al 2004, un període de vint anys, es legalitzaren 276 associacions de persones grans. L'any 1984 va ser el que va tenir el registre d'associacions més alt, amb un total de vint-i-quatre, xifra que mai més no ha estat superada.

A partir de l'any 2001 el moviment associatiu viu una baixada en el nombre d'associacions registrades, ja que per any quasi mai no supera les deu associacions registrades.

5. Tipus d'associacions de persones grans

Les associacions de persones grans són sobretot clubs, centres o llars amb una oferta molt específica, tant de lleure com de formació. Activitats com excursions, teatre, sopars a la fresca, treballs manuals, pintura, danses del món, ball de bot i ball de saló, cant coral, dòmino, cartes, conferències i debats, són algunes de les activitats més habituals d'aquests centres, a més de les pròpies de qualsevol associació: reunió de la directiva, assemblea anual, etc. Aquests clubs, centres o llars estan pràcticament distribuïts per tota la geografia illenca, amb petites excepcions pel que fa a la implantació.

A més de la variada oferta dels clubs, centres i llars de persones grans trobam tot un seguit d'associacions i fundacions amb una oferta similar, només que en molts de casos restringida a l'objecte fundacional, és a dir, als objectius de l'associació. Així, podem veure que algunes entitats es dediquen a tasques sociosanitàries, altres són associacions de veïnats que tenen seccions de persones grans, altres són d'exalumnes de centres d'ensenyament, d'aire lliure o culturals.

Si bé a la taula podem veure que hi ha associacions d'entitats bancàries, empreses i de cossos de seguretat, en el fons es tracta de clubs, llars i centres amb les mateixes finalitats i activitats que les esmentades.

Taula 5 | *Associacions de persones grans per àmbits*

Clubs	278
Sociosanitari	4
Cultural	8
Veïnats	3
Religioses	1

Exalumnes i/o mestres	6
Entitats bancàries i/o empreses	5
Oficis específics	3
De cossos de seguretat i similars	6
Desenvolupament	1
Vídues	2
Federacions	8
Fundacions	13
TOTALS	338

6. Entitats de participació

Si bé alguns estudis demostren que la jubilació no dóna lloc necessàriament a uns índexs de participació més grans, com es pot desprendre de les teories de continuïtat (Smith 2004; Mutchler [et al.] 2003), cal reconèixer que les associacions per si mateixes ja inciten a la participació.

D'entrada hi ha un fenomen que ajuda en gran mesura i és l'allargament d'esperança de vida i una proporció més gran de treballadors que accedeixen a les jubilacions anticipades, cosa que fa que moltes persones que integren les diferents associacions tinguin molta disposició i capacitat per seguir implicats en activitats productives, si bé en el cas que tractam, al marge del mercat de treball.

Una enquesta sobre la salut, l'envelliment i la jubilació a Europa ja deixava clar que Espanya era un país amb una baixa participació dels seus membres.

Ara bé, també caldria definir què entenem per participació, ja que podem trobar que les xifres de participació que ens donen les diferents associacions són d'una elevada participació pel fet que es pot entendre que ser soci ja és participar.

Robert Hart considera a la seva figura «L'escala de la participació» que la participació es pot estructurar en vuit escalons i que els tres primers no representen una veritable participació.

No podem valorar els índexs de participació de les associacions de les Illes Balears perquè no existeixen unes dades fiables i generals. Per la informació que es desprèn de les memòries de les administracions, els denominats clubs, llars o centres mostren una gran participació, sobretot en les activitats organitzades i subvencionades per les administracions. A Mallorca, programes com «Gent gran en marxa», «Cultural amb la

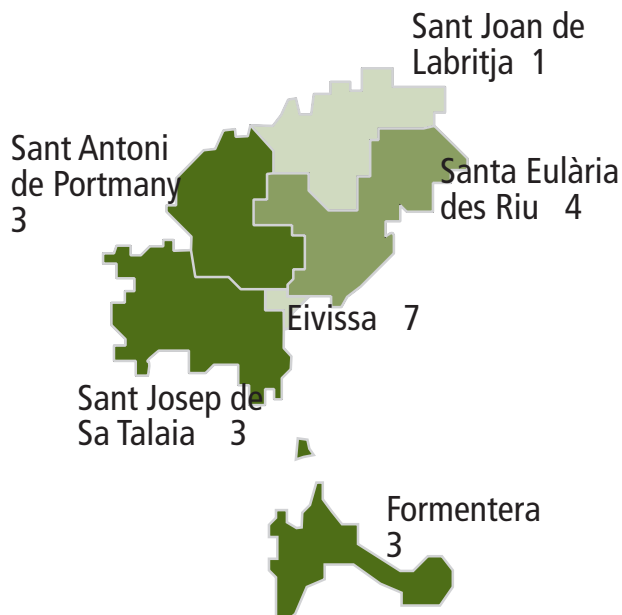
recuperació d'oficis i tradicions», «Caps de setmana culturals», «Natació per a persones grans», «Universitat Oberta per a Majors» i «Informàtica per als majors», a Eivissa el programa «L'esport no té edat» i a Menorca el programa de «Promoció de l'activitat física per a gent gran i l'activitat física adaptada» tenen una participació molt elevada entre els socis de les diferents associacions.

Pel que seria una participació més directa, com pot ser la implicació de les diferents directives de les associacions, podem assegurar que almenys unes dues mil persones fan part activa i dediquen temps i esforços a fer que les diferents entitats estiguin en funcionament. S'ha de tenir en compte que la Llei 1/2002, reguladora del dret d'associacions, estableix un mínim de tres persones i que, com a mínim, totes les associacions han de tenir president, secretari i tresorer.

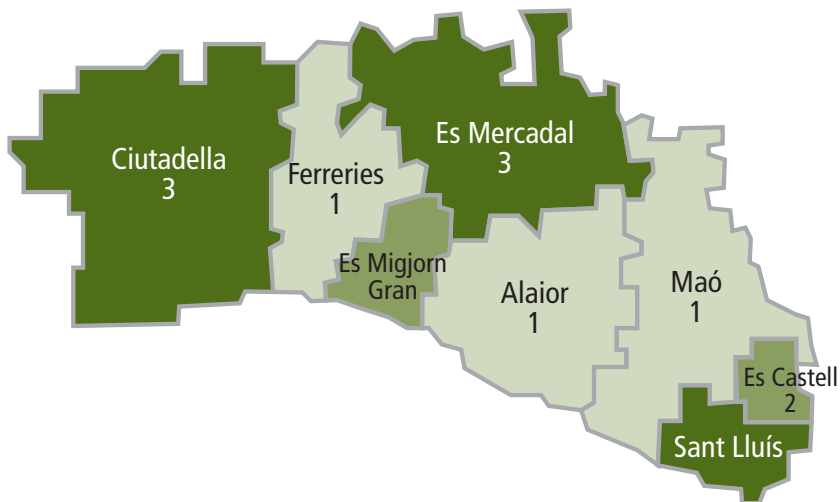
7. La distribució geogràfica

Vèiem en un punt anterior que les associacions de persones grans estan a tot el territori amb comptades excepcions d'uns municipis.

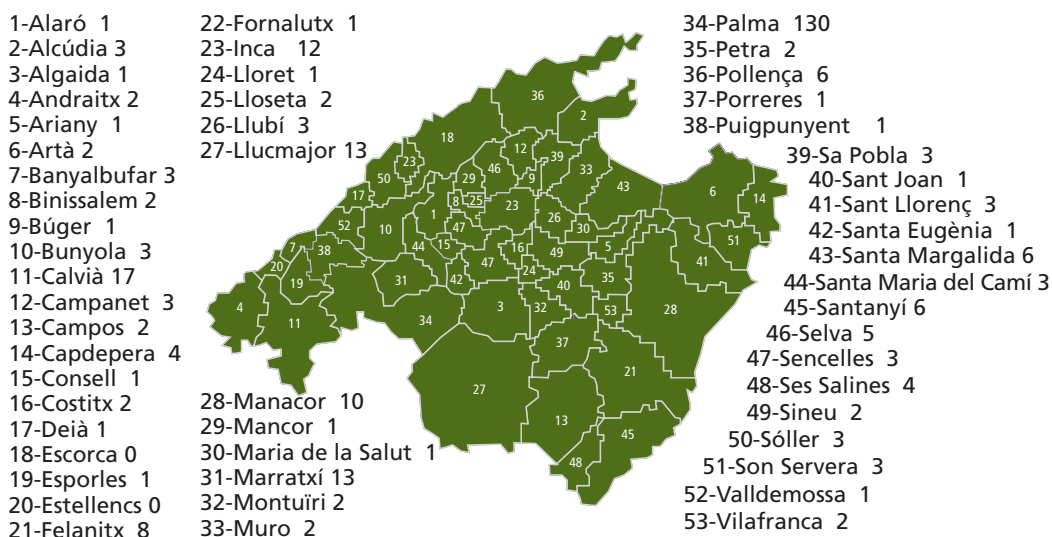
A Eivissa i Formentera hi ha associacions a tots els municipis



A Menorca el municipi de Sant Lluís és l'únic que no té cap associació registrada de què tinguem coneixement. Destaca que a Maó solament s'ha trobat una sola associació.



A l'illa de Mallorca, Escorca i Estellencs són els únics municipis on no consta cap associació i, en canvi, d'altres hi ha un índex d'associacions elevat per sobre de la mitjana, en relació amb la població de persones grans existents. Així, trobam que Selva disposa de quatre associacions per a 663 persones; Ses Salines té quatre associacions per a 816 persones i Llubí té tres associacions per a 503 persones.



A més de la distribució per municipis, per un tema d'agilitat i de representació davant de l'administració, es va instituir el Consell de Persones Majors per part del Consell de Mallorca l'any 2008 i hi ha associacions de persones grans distribuïdes en set comarques:

Llevant
Migjorn
Pla
Raiguer
Nord
Tramuntana
Ponent

A la ciutat de Palma, aquest Consell s'ha distribuït en cinc districtes:

Centre
Ponent
Platja de Palma
Llevant
Nord

Aquests cinc districtes representen les associacions repartides entre els vuitanta-nou barris de Palma.

En aquest Consell hi tenen veu representats de diferents associacions de persones grans, elegits per votació de les diverses associacions existents, amb la finalitat que serveixi de pont entre les necessitats del col·lectiu de gent gran i les institucions i també en formen part la Federació d'Associacions de Persones Majors de Ciutat de Palma, la Federació d'Associacions de Jubilats i Pensionistes de la CAIB, la Federació d'Associacions de Persones Majors de la Part Forana i la Federació d'Associacions de Persones Majors de Marratxí.

L'any 2009 ja s'han celebrat dues reunions d'aquest Consell, en què s'han pres els acords de les línies de feina per aquest any i de l'elaboració d'un estudi sobre la situació actual del món associatiu de la gent gran de Mallorca.

8. Registres d'associacions

Segons el que disposa l'article 12.5 de l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears, «correspon a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, en els termes que estableixin les lleis i les normes reglamentàries que, en desenvolupament de la seva legislació, dicti l'Estat, la funció executiva en matèria d'associacions».

El Registre d'Associacions de les Illes Balears és un registre públic que té com a finalitat garantir la publicitat, en compliment del que disposa l'article 22.3 de la Constitució espanyola de 1978, de les associacions que desenvolupen principalment les seves activitats a l'àmbit territorial de les Illes Balears.

Es poden inscriure al Registre d'Associacions de les Illes Balears les associacions que desenvolupin principalment les seves funcions a l'àmbit territorial de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

El Registre es troba adscrit a la Direcció General de Relacions Europees i d'Entitats Jurídiques de la Conselleria de Presidència del Govern de les Illes Balears.

D'acord amb la Llei 1/2002 d'associacions, d'àmbit estatal, el registre és un dret previst a l'article 24. Existeix el Registre Nacional d'Associacions i el registres autonòmics.

A les Illes Balears, solament tres associacions són d'àmbit estatal i depenen del Registre nacional.

Totes les fundacions existents també estan registrades a la comunitat autònoma.

Els diferents consells no disposen de registre d'associacions, pel fet que és una matèria exclusiva de la Comunitat Autònoma, si bé mantenen relacions amb aquesta. Sí que existeixen registres d'entitats, serveis i centres de serveis socials als diferents consells insulars, tal com preveu la Llei 14/2001 de 29 d'octubre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de serveis socials i seguretat social.

A més, hi ha altres registres o censos d'associacions.

- Les associacions de règim general l'àmbit territorial d'actuació de les quals sigui superior al territori de les Illes Balears s'han d'inscriure en el Registre d'Associacions del Ministeri de l'Interior.
- Les associacions de caràcter religiós s'han d'inscriure en el Registre d'Entitats Religioses del Ministeri de Justícia. Poden inscriure-s'hi: les esglésies, confessions i comunitats religioses, els ordes, congregacions i instituts religiosos, les entitats associatives constituïdes per esglésies i confessions, les federacions que englobin les anteriors i les fundacions canòniques. Respecte de les entitats catòliques, s'inscriuen: les congregacions —s'inclouen tots els instituts de vida consagrada—, les associacions —s'inclouen totes les entitats de naturalesa associativa, com germandats, confraries, etc...

- Alguns tipus d'associacions es regeixen per una normativa diferent de la general i s'han d'inscriure en registres específics. Hi ha dos registres especials que depenen de l'Administració autonòmica:
 - 1- Registre de dipòsit d'estatuts de l'SMAC, de la Direcció General de Treball, de la Conselleria de Treball i Formació. Té competència exclusiva per inscriure entitats no lucratives la finalitat de les quals sigui de tipus laboral, és a dir, associacions que defensin els interessos laborals dels seus associats, i també les associacions d'empresaris i sindicats que es regeixin per la Llei 19/1977, de dia u d'abril, sobre regulació del dret d'associació sindical.
 - 2- Registre d'associacions esportives, de la Direcció General d'Esports, de la Conselleria de Esports i Joventut. Té competència exclusiva per inscriure entitats no lucratives les finalitats de les quals són el foment de l'esport en tots els seus aspectes (la pràctica de l'esport d'aficionats o de l'esport de competició).

9. Administracions competents

Amb la Llei 14/2001, de 29 d'octubre, les competències assumides en matèria de serveis socials i seguretat social, i més concretament les competències en matèria de gent gran, entre d'altres, són dels consells insulars.

L'Estatut d'autonomia de l'any 2007 explicita aquestes competències a l'article 16 i també a l'article 70, apartat 4, en què es parla de les competències del consells insulars.

Fins i tot en els darrers desenvolupaments legislatius, com és la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, queda palesa la competència dels consells insulars en tema de persones grans. Com a prova es pot veure que, si bé el Govern de les Illes Balears va treure el Decret 48/1997, de 7 de febrer, en què creava el Consell Social de Persones Majors de les Illes Balears, la Llei esmentada de serveis socials, 4/2009, BOIB núm. 89, de 18 de juny de 2009, el deroga.

10. El foment del voluntariat

A les nostres illes, tot i que el fenomen del voluntariat no és nou, es va aprovar al Parlament de les Illes Balears la Llei 3/1998, de 18 de maig, del voluntariat de les Illes Balears (BOCAIB núm. 70, 28 de maig), a la qual s'estableix un marc normatiu que, tot i que respecta la voluntat i la independència de les organitzacions de voluntariat i dels voluntaris mateixos, regula i garanteix l'acció voluntària.

La llei reconeix el dret dels ciutadans i ciutadanes a participar activament en la millora de la qualitat de vida i en els interessos generals de la població.

Té com a objectius fomentar el voluntariat a les Illes Balears en tots els camps d'acció que afecten el bé comú dels ciutadans i ciutadanes.

Malgrat que, com dèiem, el fenomen del voluntariat ja té a la nostra comunitat una llarga trajectòria en moltes d'organitzacions, és relativament nou en el si de les de persones grans. No és fins fa pocs anys que aquests han començat a incorporar aquesta tasca, moltes vegades fins i tot adreçades a altres col·lectius que no són el de persones grans.

Les administracions també ajuden a fomentar la participació en tasques de voluntariat, com es desprèn de les memòries de les diferents administracions competents, així com les obres socials d'algunes entitats bancàries que impulsen el voluntariat entre les persones grans que desitgin ajudar els altres. Un exemple són les cibercaixes solidàries, en què les persones grans, que ja s'han iniciat en la informàtica mitjançant els cursos que imparteix l'entitat mateixa, s'incorporen com a voluntaris a altres projectes que apropen les noves tecnologies a persones grans i a altres col·lectius, com discapacitats, reclusos i immigrants.

No existeixen dades concretes sobre el nombre de voluntaris entre els col·lectiu de persones grans i solament hi ha referències del seu foment a alguns clubs, centres i llars, així com a un total de vint-i-cinc residències.

També consta la participació d'alguna federació a la Plataforma del Voluntariat d'Espanya.

11. La despesa associativa

La informació per a aquest apartat s'ha tret bàsicament del butlletí oficial, pel que fa a les ajudes que concedeixen els diferents consells, tret del Consell de Formentera, que va facilitar la dada directament i que no surt a cap butlletí, així com també s'ha tret dels pressuposts dels diferents consells insulars.

D'entrada, trobam la quantitat de 360.000 euros de l'Ajuntament de Palma (BOIB 10 20/01/2009), que fa una convocatòria pública de subvencions per a la realització d'activitats dirigides al moviment associatiu de gent gran durant l'any 2009.

També l'Ajuntament d'Andratx va publicar al BOIB núm. 59, amb data de 23 d'abril de 2009, les bases reguladores de la convocatòria d'ajudes de subvencions de les diferents àrees municipals per a l'any 2009. A l'apartat D, dedicat a serveis socials i gent gran, destinen la quantitat de 17.000 euros.

Igualment, l'Ajuntament de Marratxí va publicar en el BOIB núm. 75 les bases i la convocatòria de subvencions per a gent gran per a l'exercici de 2009, amb un total de 6.000 euros.

Per tant, per part de les administracions locals, a l'illa de Mallorca, hi ha ajudes per un total de 383.000 euros. Si bé no hi ha constància que a les altres illes hagin publicat ajudes o subvencions, no vol dir que no existeixin.

Pel que fa a l'administració insular, els diferents consells per a l'any 2009 han publicat al BOIB les informacions següents.

El Consell de Mallorca treu una convocatòria de subvencions per al lloguer de locals socials per a associacions de gent gran per a l'any 2009 (BOIB 35 10/03/2009), per un import d'un milió d'euros; una altra convocatòria per al manteniment i les activitats socioculturals de les associacions de gent gran per a l'any 2009 (BOIB 35 10/03/2009), per un import de 312.000 euros, i una darrera línia de subvencions dedicades a les activitats corals de les associacions, per un import de 24.000 euros.

A més, de manera indirecta, ja que els diners no van a les associacions, però sí que en reben els beneficiaris, el Consell de Mallorca ha adjudicat quatre contractes a diferents empreses, relatius als serveis d'organització i desenvolupament dels programes «Danses del món», per un import de 496.388,75 euros; «Gent Gran en Marxa», amb 599.995'74 euros; «Ball de Saló», amb 597.216,65 euros, i finalment el programa «Manualitats», amb un import de 455.558,75 euros (BOIB 44 26/03/2009).

El Consell de Mallorca fa un important esforç econòmic per donar ajudes a les persones grans i a les diferents associacions i federacions, amb partides assignades al seu pressupost, com l'organització de jornades, un servei de transport o convenis amb les federació d'associacions de la part forana de Mallorca i la Federació d'Associacions de Marratxí, per un import superior als dos milions d'euros.

A la memòria dels pressupost de 2009 apareixen com a activitats més importants del Departament d'Esports i Promoció Cultural:

- Subvencions a les associacions i entitats de persones grans per tal de col·laborar al fet que puguin tenir un lloc on reunir-se i desenvolupar les seves iniciatives, projectes i programes.
- Subvencions a les associacions i entitats de persones grans per potenciar la participació de la gent gran en iniciatives socials i donar suport a les activitats pròpies de les associacions de persones grans.

- Dur a terme activitats físiques, lúdiques i culturals (gimnàstica, ball de saló i danses del món), amb l'objectiu de fomentar l'envelliment saludable. Oferir activitats que potencien la competència artística i artesana per tal de recuperar oficis i tradicions (treballs manuals...).
- Organització de diverses activitats de prevenció de la salut de les persones grans i del coneixement de la nostra cultura. Dins aquest àmbit es duran a terme tot un seguit de cursos, conferències, activitats esportives i activitats i sortides culturals.
- Organització de caps de setmana culturals per tal de fomentar el benestar de la nostra gent gran i la seva millora tant física com intel·lectual, en el marc d'unes jornades que també siguin per a ells una font d'activitats lúdiques, d'esbarjo, culturals i de convivència familiar, per tal d'ajudar-los a tenir un envelliment en condicions dignes i saludables, així com un espai d'intercanvi d'experiències i opinions.
- Organització d'actes de demostració de balls, gimnàstica i exposicions de treballs manuals. Així mateix, també s'organitzarà una trobada de corals entre les associacions que fan l'activitat de cant coral.
- Convenis amb distintes entitats i associacions, amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones grans; entre d'altres coses, es pretén obrir la Universitat de les Illes Balears a la gent gran, amb una oferta educativa específica per a aquest sector de població per promoure la seva integració en la Universitat.

El Consell de Menorca (BOIB núm. 38 de 14-03-2009) té una línia d'ajudes per a ajuntaments per a la promoció de l'activitat física per a gent gran, per un import de 16.751,72 euros.

Si bé no apareix cap altra publicació al BOIB, al seu pressupost de 2009 es pot veure que existeix una partida destinada a la gent gran de 103.288,23 euros

El Consell d'Eivissa va publicar al BOIB l'any 2008 (BOIB 153) un conveni de col·laboració entre el Consell Insular d'Eivissa i la Federació Pitiüsa d'Associacions de Tercera Edat per al desenvolupament de les actuacions previstes al «Plan Avanza» per a implantació de noves tecnologies, amb un import de 32.582,28 euros.

Al butlletí també es publica un altre conveni per al manteniment del Centre de Majors i dels serveis que s'hi presten i per a la promoció i el sosteniment d'activitats associatives i comunitàries, per un import de 66.000 euros, i un altre (BOIB 151) per al desenvolupament del programa «L'esport no té edat», amb un import de 66.000 euros.

L'any 2009 es tornaran a signar els esmentats convenis amb la Federació d'Associacions de Tercera Edat.

Pel que fa al Consell de Formentera, no tenim constància que publiquin res al BOIB, però l'any 2008 dedicaren a les associacions de persones grans de Formentera les quantitats següents:

Ajudes del Consell de Formentera	5.727,66
Ajudes de «la Caixa»	15.909
Aportacions de les entitats	5.100

Taula 6 | *Subvencions, ajudes i convenis de les administracions públiques de les Illes Balears a la gent gran*

MALLORCA		2008	2009
BOIB 10 20/01/2009 Convocatòria pública de subvencions per a la realització d'activitats dirigides al moviment associatiu de gent gran durant l'any 2009	Ajuntament de Palma		360.000
BOIB 35 10/03/2009 Convocatòria de subvencions per al lloguer de locals socials per a associacions de gent gran per a l'any 2009 (gener a octubre)	Consell de Mallorca		1.000.000
BOIB 35 10/03/2009 Convocatòria de subvencions per al manteniment i per a activitats socioculturals de les associacions de gent gran per a l'any 2009. Activitats socioculturals Partida 60.32300.48900	Consell de Mallorca		312.000
BOIB 35 10/03/2009 Convocatòria de subvencions per al manteniment i per a activitats socioculturals de les associacions de gent gran per a l'any 2009. Activitats de corals Partida 60.32300.48900	Consell de Mallorca		24.000
BOIB 44 26/03/2009 Adjudicació del contracte relatiu al servei d'organització i desenvolupament del programa «Danses del món» del Departament d'Esports i Promoció Sociocultural del Consell de Mallorca	Consell de Mallorca		496388,75
Adjudicació del contracte relatiu al servei d'organització i desenvolupament del programa «Gent gran en marxa» del Departament d'Esports i Promoció Sociocultural del Consell de Mallorca	Consell de Mallorca		599995,74

Adjudicació del contracte relatiu al servei d'organització i desenvolupament del programa «Ball de Saló» del Departament d'Esports i Promoció Sociocultural del Consell de Mallorca	Consell de Mallorca		597216,65
Adjudicació del contracte relatiu al servei d'organització i desenvolupament del programa «Manualitats» del Departament d'Esports i Promoció Sociocultural del Consell de Mallorca	Consell de Mallorca		455558,75
BOIB 59 23/04/2009 Bases reguladores de la convocatòria d'ajudes i subvencions de les diferents àrees municipals per a l'any 2009 D. Serveis Socials i Gent Gran	Ajuntament d'Andratx		17.000
BOIB 75 23/05/2009 Bases i convocatòria de subvencions per a l'exercici de 2009 Gent Gran	Ajuntament de Marratxí		6.000
	TOTAL MALLORCA		3868159,89
MENORCA			
BOIB 38 14/03/2009 Bases reguladores de la concessió d'ajuts per al programa d'ajuts als ajuntaments per a la promoció de l'activitat física per a gent gran i activitat física adaptada per a l'any 2009	Consell de Mallorca		16751,72
	TOTAL MENORCA		16751,72
EIVISSA			
BOIB 153 Conveni entre el Consell Insular i la Federació Pitiüsa d'Associacions de Tercera Edat per al desenvolupament de les actuacions previstes en el «Plan Avanza» per a implantació de noves tecnologies	Consell d'Eivissa	32582,28	
BOIB 153 Conveni entre el Consell Insular i la Federació Pitiüsa d'Associacions de Tercera Edat per al manteniment del Centre de Majors i dels serveis que s'hi presten, la promoció i el sosteniment d'activitats associatives i comunitàries	Consell d'Eivissa	66.000	
BOIB 151 Conveni de col·laboració entre el Consell Insular i la Federació Pitiüsa d'Associacions de la Tercera Edat per al desenvolupament del programa «L'esport no té edat».	Consell d'Eivissa	66.000	
	TOTAL EIVISSA	167582,28	

FORMENTERA			
Ajudes directes a les associacions	Consell de Formentera	5727,66	
	TOTAL FORMENTERA	5727,66	

Per tant, podem veure, amb una ràpida ullada als pressuposts, que les diferents administracions fan un important esforç envers les associacions de persones grans.

12. Altres tipus d'associacions relacionades

Són moltes les associacions que poden estar relacionades amb les persones grans i que no hem inclòs a l'estudi, com poden ser les associacions de malalts, sobretot de les malalties que afecten de manera majoritària la gent gran, com per exemple l'Alzheimer. Hi ha, darrerament, unes associacions que volem mencionar, tot i que no són nombroses a la nostra comunitat.

Són les associacions formades per familiars i amics de persones residents a centres de persones grans, ja siguin centres de dia o bé residències de llarga estada.

Sobretot sorgeixen davant problemes concrets que en el seu moment s'han plantejat i adopten la fórmula jurídica d'associació per poder tenir una força davant l'administració competent o bé per poder ser inclosos als òrgans de representació de les residències.

Tot i que pot ser que la llista no sigui exhaustiva i que fins i tot algunes encara estan en procés de creació a hores d'ara, a les Illes Balears trobam vuit d'aquestes associacions.

Taula 7 |

Nom associació	Illa	Any creació
Associació de Familiars i Amics dels Llar de Majors de Calvià	Mallorca	1996
Associació Amics de Borencó	Mallorca	1999
Consell Assessor de Familiars de la Residència de Lluçmajor	Mallorca	2002
Associació de Familiars dels Residents de la Residència Geriàtrica Assistida	Menorca	2004
Associació de Familiars i Amics de Persones Residents a la Residència de la Bonanova	Mallorca	2005
Associació de Familiars dels Residents del Geriàtric Assistit (AFARGA)	Menorca	2007
Associació de Familiars de la Residència de Sant Miquel i Oms	Mallorca	2008
Associació de Residents, Familiars i Amics de la Residència de Crist Rei d'Inca	Mallorca	2009

Solament en un cas no estan com a associació: es tracta del Consell Assessor de Familiars de la Residència de Lluçmajor.

Taula 8 | *Associacions de familiars a residència*

MALLORCA	MENORCA	EIVISSA	FORMENTERA
6	2	0	0

Referències bibliogràfiques

AA.VV. (2004). Boletín sobre el envejecimiento, 17. Observatorio de Personas Mayores. Madrid: IMSERSO

AA.VV. (2005). Boletín sobre el envejecimiento, 27. Observatorio de Personas Mayores. Madrid: IMSERSO

AA.VV. (2006). Boletín sobre el envejecimiento, 35. Observatorio de Personas Mayores. Madrid: IMSERSO

Alcáraz, M., Parrón, N. i Ferrer, T. (2009): *Asociaciones y ciudadanía: una guía para orientarnos*. Palma: Coordinadora d'ONG de Desenvolupament de les Illes Balears.

Barceló, P. (2001): *Qui ha dit que som vell*. Institut Balear d'Afers Socials.

Barceló, P. (2008): *Volem viure*. Consell de Mallorca; Institut d'Estudis Baleàrics.

Butlletí Oficial de les Illes Balears, <http://www.caib.es/boib/index>

Confederació Espanyola d'Organitzacions de Majors, <http://www.ceoma.org>

Consell Insular de Menorí, <http://www.cime.es>

Consell Insular d'Eivissa, <http://www.conselldeivissa.es>

Crespi, F., Tomàs, B., Torres, C. i Ballester, L., (2000): *Iniciatives solidàries*, 5. Directori de les ONG de les Illes Balears. Palma: Obra Social i Cultura de Sa Nostra.

Departament d'Esports i Promoció Sociocultural, <http://www.conselldemallorca.net>

Espases, T.; Iturbide, A.: *Juventut i temps lliure. Col·lecció legislativa*. Govern de les Illes Balears.

Fundació Gadeso (2008). *Els padrins i padrines «cuidadors dels néts»*. Quaderns Gadeso, 119. Palma: Fundació Gadeso.

IMSERSO, <http://www.imsersomayores.csic.es/>

Institut Balear d'Estadística, <http://www.caib.es/ibae.htm>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): *Normativa Española sobre voluntariado*.

Moragues, C. (2000): *La solidaritat i el voluntariat a Balears. La situació del voluntariat a les Balears*. Palma: Conselleria de Benestar Social.

Mutchler, J. E. [et al.] (2003): «El pago a los trabajadores voluntarios. Grupo de trabajo remunerado y voluntario en la vejez». *Social Forces*.

Observatorio de las personas mayores, http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/may_obs00.html

Portal de mayores, IMSERSO, <http://imsersodependencia.csic.es/recursos/residencias>.

Smith, D. B. (2004): «Volunteering in Retirement: Perceptions of Midlife Workers». *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33 (1), 55-73.

Autor

JOSEP LLUÍS RIERA MOLL

Palma 1958. Educador social. Tècnic de Joventut a la Conselleria d'Esports i Joventut. Actualment és president de la Fundació Maria Ferret i forma part de l'Observatori de les Organitzacions d'Iniciativa Social que impulsa aquesta Fundació. És president de la Plataforma del Voluntariat de les Illes Balears.

**PROGRAMES D'INTERVENCIÓ
COMUNITÀRIA EN VELLESA I FAMILIA**

Programes d'intervenció comunitària en vellesa i família

Bartomeu J. Barceló Guinard

Robert Fernández Garcia

Catalina Garcia Garí

Maria Isabel Cuart Sintés

Resum

Després de més de quinze anys fent feina en el disseny i l'aplicació de diversos programes comunitaris per a persones grans, familiars curadors i professionals dels serveis d'atenció social primària, volem presentar alguns dels resultats i consideracions que hem pogut extreure d'aquesta experiència. La nostra finalitat és poder conèixer més i més bé l'aplicació dels programes preventius per a la vellesa i la família des d'un model d'intervenció basat en la comunitat i des de plantejaments psicosocials i educatius.

En aquest sentit, al llarg del text es descriuen i analitzen les principals circumstàncies que envolten l'envelliment en la societat actual. La nostra intenció és mostrar diversos temes estratègics al voltant dels quals es poden dissenyar els programes comunitaris:

- Augment de l'esperança de vida, que implica també un augment de les demandes socials i econòmiques.
- Feminització de l'envelliment.
- Modificació de la tipologia familiar i de les relacions entre els seus membres, amb l'augment considerable del risc de desprotecció i abandonament, així com la proliferació preocupant de la violència envers les persones grans.
- Aparició i increment sostingut de la síndrome del familiar curador i els seus costos econòmics i socials en forma de saturació dels sistemes de salut i serveis socials.

Aquesta realitat ens aboca, més que mai, a la necessitat de programes d'intervenció comunitària de caire preventiu que facin possible un envelliment digne i que conservin, tant com sigui possible, la qualitat de vida i la integració familiar i comunitària.

La Llei per a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (Llei 39/2006) proporciona un marc legislatiu privilegiat per impulsar la intervenció comunitària mitjançant programes preventius. Les administracions públiques haurien de promoure la difusió i posada en marxa d'aquests programes tot optimitzant els recursos econòmics, socio-sanitaris i educatius per tal que aquest model d'intervenció deixi de ser una declaració de bones intencions i esdevingui una realitat ferma, decidida i, per damunt de tot, valenta.

Resumen

Después de más de quince años trabajando en el diseño y la aplicación de diversos programas comunitarios para las personas mayores, familiares cuidadores y profesionales de los servicios de atención social primaria, queremos expresar algunos de los resultados y consideraciones que hemos podido extraer de esta experiencia. Nuestra finalidad es poder conocer más y mejor la aplicación de los programas preventivos para la vejez y la

familia desde un modelo de intervención basado en la comunidad y desde planteamientos psicosociales y educativos.

En este sentido, a lo largo del texto se describen y analizan las principales circunstancias que envuelven el envejecimiento en la sociedad actual. Nuestra intención es mostrar diversos temas estratégicos alrededor de los cuales se pueden diseñar los programas comunitarios:

- Aumento de la esperanza de vida, que implica también un aumento de las demandas sociales y económicas.
- Feminización del envejecimiento.
- Modificación de la tipología familiar y de las relaciones entre sus miembros, con el aumento considerable del riesgo de desprotección y abandono, así como la proliferación preocupante de la violencia en relación a las personas mayores.
- Aparición e incremento sostenido del síndrome del familiar cuidador y de sus costes económicos y sociales en forma de saturación de los sistemas de salud y servicios sociales.

Esta realidad nos aboca, más que nunca, a la necesidad de programas de intervención comunitaria de estilo preventivo que hagan posible un envejecimiento digno y que conserven, tanto como sea posible, la calidad de vida y la integración familiar y comunitaria.

La Ley para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006) proporciona un marco legislativo privilegiado por impulsar la intervención comunitaria mediante programas preventivos. Las administraciones públicas tendrían que impulsar la difusión y puesta en marcha de estos programas optimizando los recursos económicos, sociosanitarios y educativos para que este modelo de intervención deje de ser una declaración de buenas intenciones y se convierta en una realidad firme, decidida y, por encima de todo, valiente.

1. La intervenció comunitària amb persones grans

La intervenció comunitària amb persones grans inclou el conjunt d'iniciatives per millorar el procés d'adaptació de la persona gran en el seu procés d'envelliment per mantenir i millorar la seva qualitat de vida. Aquest tipus d'intervenció té un paper molt important en la prevenció o el retard dels signes i limitacions propis de la dependència. En aquest sentit, ja a la primera Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut, que es va dur a terme a Ottawa el novembre de l'any 1986, es va reconèixer la necessitat d'un compromís per tal de donar suport a les persones grans i capacitar-les per mantenir la seva salut i es va considerar aquesta tasca de promoció com un gran repte i una gran inversió social.

Els principals programes que es duen a terme en l'actualitat es realitzen des d'un vessant social, sanitari i/o educatiu.

1.1. L'àmbit social

1. Des de l'àmbit dels serveis socials s'ha demostrat que els programes d'intervenció comunitària amb persones grans, orientats a donar-los suport social per tal que puguin continuar a la seva llar i al seu entorn comunitari, tenen un impacte positiu a la seva vida. Com a exemple per evidenciar aquest fet, citam l'experiència de Shapiro i Taylor (2002), que realitzaren un estudi en què examinaren els efectes d'un programa d'intervenció comunitària sobre el benestar subjectiu, la institucionalització permanent i el risc de mortalitat en persones grans amb pocs recursos econòmics. L'estudi es va fer amb persones grans que estaven en llista d'espera per rebre atencions socials a l'estat de Florida, als Estats Units. La mostra va ser de cent cinc persones grans, quaranta al grup experimental i seixanta-cinc al grup control. La intervenció va consistir en la implementació de diferents serveis de suport: treballadors familiars, menjar a domicili, ajut amb les tasques domèstiques, teleassistència, suport a la cura personal, serveis de respir, subministrament de medicaments i transport mèdic. L'aplicació es duia a terme prèvia valoració feta per una infermera; la planificació de cures en funció d'aquesta valoració era realitzada entre els usuaris, la infermera i els curadors. La durada de la intervenció va ser de divuit mesos.
2. Els resultats de la intervenció mostren un benestar subjectiu més gran (puntuacions més baixes als qüestionaris de depressió, relacions socials més satisfactòries, un control més gran del context i una més gran satisfacció vital), menys institucionalitzacions i morts al grup experimental que al grup control. A més, la intervenció va resultar més econòmica per a cada usuari que la despesa mitjana per als usuaris grans dels serveis socials de Florida.¹

1.2. L'àmbit sanitari

1. Els programes d'intervenció comunitària des de l'àmbit sanitari tenen com a objectiu promoure hàbits i estils de vida saludables, així com millorar la funció física de les persones grans per tal que puguin mantenir-se autònomes el màxim de temps possible. L'eficàcia d'aquest tipus d'intervenció ha estat valorada en diferents estudis. Beswick [et al.] (2008) realitzaren una metaanàlisi de vuitanta-nou estudis que avaluaven els efectes de diferents intervencions comunitàries adreçades a preservar la funció física i l'autonomia de la gent gran. El nombre de persones estudiades, considerant

¹ A les Illes Balears, els costos que representen els serveis comunitaris per atendre la dependència (serveis d'ajuda a domicili i centres de dia) són només un 27% del cost total dels serveis assistencials i atenen el 72% dels usuaris (Barceló 2008).

la totalitat dels treballs, fou de 97.984 persones. Els principals resultats mostren que les intervencions comunitàries redueixen el risc de caigudes i d'ingressos hospitalaris i milloren la funció física dels participants.

2. Quant als beneficis de la realització d'exercici aeròbic per part de la gent gran, recents estudis (Colcombe, Kramer 2003; Etnier [et al.] 2006; Hillman [et al.] 2008; Kramer, Erikson 2007; citats per Green, Bavelier 2008), mostren que aquest tipus d'intervenció no solament millora la salut física, sinó també el rendiment cognitiu i produeix canvis neuroanatòmics com l'increment de la matèria grisa a les àrees prefrontals i temporals, canvis en el volum sanguini cerebral de l'hipocamp i de l'activitat funcional cerebral a diverses àrees, com el còrtex parietal superior i el còrtex cingulat anterior. Això vol dir que una intervenció dirigida a promoure l'activitat física de les persones grans millora les seves capacitats funcionals i cognitives, fet que contribueix a mantenir la seva autonomia.

1.3. L'àmbit educatiu

1. Des de l'àmbit educatiu, les principals intervencions comunitàries han estat adreçades, per una banda, a preservar el màxim de temps possible les habilitats cognitives i, per una altra, a potenciar la interacció social i la participació comunitària de les persones grans, així com també a reforçar la seva formació continuada. Per la gent gran «l'educació pot desenvolupar una funció fonamental i ho ha de fer, atès que les investigacions i experiències que hi ha amb relació a aquest aspecte ens demostren que és així» (Orte, March 2008, pàg. 185).
2. Quant als programes orientats al manteniment de les funcions cognitives, cal destacar que els darrers anys s'han desenvolupat una gran quantitat d'intervencions no farmacològiques. L'efectivitat preventiva d'aquest tipus d'intervenció no ha estat valorada de manera gaire clara, com indiquen Papp, Walsh i Zinder (2009), els quals revisaren els estudis publicats entre 1992 i 2007 que tractaven de les intervencions cognitives a persones grans sanes. Els interessava comparar la seva eficàcia sobre les diferents àrees cognitives i funcionals, així com plantejar diverses recomanacions. Gran part d'aquests estudis tenen limitacions metodològiques, com l'absència de grup control o de seguiment. També varen detectar que no es generalitzaven les habilitats entrenades a la vida diària dels participants. Per tal d'afavorir la generalització de les capacitats treballades al programa d'intervenció, aquests autors recomanen ampliar el ventall d'habilitats a treballar, incloent l'entrenament psicossocial.
3. Novoa, Juárez i Nebot (2008) també han realitzat una revisió de diversos estudis publicats a partir de l'any 1990, per tal de valorar si les persones de més de cinquanta-

cinc anys són susceptibles de millorar el rendiment cognitiu, concretament la memòria objectiva i subjectiva a curt i llarg termini, per mitjà d'un programa adequat d'intervenció, així com la transferència de les millores a altres processos cognitius. Varen seleccionar els onze estudis que presentaven més rigor metodològic. Quasi la totalitat dels treballs mostraren una millora en la memòria objectiva recent. Quan les sessions es realitzaren individualment i no en grup no es detectaren millores. Els resultats més bons es varen mostrar en les intervencions amb una durada de seixanta a noranta minuts. Tan sols un estudi mostrava la generalització de rendiments a altres àmbits cognitius. En aquest sentit, Green i Bavelier (2008) afirmen que a molts d'estudis fets sobre programes preventius d'intervenció cognitiva es detecten millores a les habilitats entrenades, però que aquestes no es transfereixen a altres àmbits. Com a proposta per superar aquesta mancança, proposen que la intervenció sigui més global, en un context més natural i que treballin diferents habilitats de manera transversal, com succeeix a la vida quotidiana.

4. Cal esmentar també els programes de prevenció comunitària dirigits a l'entorn que ofereix suport i atenció a les persones grans, és a dir, els professionals i els familiars. En aquest sentit, cal esmentar com a exemple d'intervenció efectiva un programa d'intervenció dirigit a entrenar els curadors per identificar i modificar els problemes de conducta de les persones amb Alzheimer. Així mateix, promoure la realització d'un mínim diari de trenta minuts d'exercici millora de manera significativa la salut física i la depressió de persones amb Alzheimer (Montorio 2007).
5. Tal i com indiquen Triadó i Villar (2006), el context d'aquests tipus de programes facilita un espai d'interrelació social en el qual es comparteixen vivències personals, que esdevenen un element també socioterapèutic i en el qual es treballen conjuntament aspectes afectius, socials, cognitius i metacognitius de manera global i integrada.
6. Veiem, doncs, que els programes de prevenció comunitària són més efectius quan s'intervé mitjançant el grup i quan es potencien les habilitats cognitives, emocionals i socials de manera global. En aquest sentit, cal esmentar el programa de suport psicosocial i educatiu a l'envelliment de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, que amb els tallers de memòria i d'habilitats socials treballa, d'una manera integral i amb format de grup, continguts significatius i propis per a una proposta d'envelliment actiu. (Barceló, Cladera, Pérez 2001).
7. L'objectiu final d'aquest tipus de programes, com a recurs comunitari, és el de proporcionar a les persones grans un entorn de capacitat i de suport psicosocial que els doni seguretat i els generi confiança per dur endavant un envelliment actiu, alhora que disposi de la confidencialitat necessària en el tractament de temes més delicats.

2. Vellesa i família

El fet de l'ancianitat, lògicament, no és una qüestió recent. La història de la humanitat demostra que les persones han conviscut amb la vellesa com una etapa més de la vida adulta, encara que s'ha allargat la durada d'aquesta etapa com a conseqüència directa de l'augment de l'esperança de vida. La vellesa mai no ha estat observada des d'un vessant totalment positiu, ja que sempre ha tingut connotacions negatives associades a la pèrdua i la impossibilitat de retorn de la joventut i a l'imminent i inevitable apropament de la *darrera lluita* (la que no es pot vèncer) de la persona. La mort és el límit, metàfora per excel·lència de la irrenunciable i temuda separació dels altres i d'un mateix. La vellesa se'ns presenta, per tant, com el màxim exponent de la finitud de la vida i de la fal·làcia de l'omnipotència narcisista.

2.1. Esperança de vida

1. Hem de valorar, en la mesura que cal, l'augment de l'esperança de vida, un fenomen que ha tingut i tindrà conseqüències demogràfiques i socials importants. Així, si entre l'any 1900 i el 1960 a Espanya únicament un milió de persones varen passar a formar part del col·lectiu d'individus de més de seixanta-cinc anys, entre el 1960 i el 2006 la xifra va ser gairebé de tres milions d'individus, cosa que va provocar que el percentatge representat per les persones de més de seixanta-cinc anys sobre el total de població pràcticament es doblàs durant aquest període (del 8,21% l'any 1960 es va passar al 16,56% l'any 2006). A les Illes Balears, la taxa i l'índex de sobreenvelliment són superiors a la mitjana de l'Estat, tal i com podem apreciar a les taules següents:²

Taula 1 | Població total i de persones grans per franges d'edat i territori

	POBLACIÓ TOTAL	MÉS DE 65 ANYS	MÉS DE 80 ANYS
ESPANYA	44.708.964	7.404.260	2.016.934
ILLES BALEARS	1.001.062	138.512	65.289

Font: Informe 2007

Taula 2 | Taxes per territori

	TAXA D'ENV.	TAXA SOBREENV.	ÍNDEX SOBREENV.
ESPANYA	16,56	4,51	27,24
ILLES BALEARS	13,84	6,52	47,14

Font: Informe 2007

² Barceló, B. J. [et al.] (2008): *Els programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears. Informe 2007.*

2. Amb relació al futur, com apunta Fernández Cordón (1998),³ en passar vint-i-cinc anys es pot esperar un augment de tres milions més en la xifra de persones més grans de seixanta-cinc anys, de manera que el percentatge representat per aquest col·lectiu sobre el total de la població passarà a ser d'un 22% l'any 2025. Encara que aquestes projeccions estan subjectes a incerteses, aquesta tendència a l'envelliment demogràfic sembla ben fonamentada i, sobretot, difícil d'aturar.

2.2. Evolució i canvi de les famílies i de la societat

1. Parlar d'envelliment implica parlar de família. És essencial tenir molt en compte la família d'avui i cal redefinir el que s'entén per aquesta realitat. La composició i estructura de les famílies ha canviat considerablement i ens trobam, actualment, davant d'una estructura plural, variada i, sobretot, canviant. Cal tenir molt present aquesta circumstància per articular una definició conscient de l'obligació filial respecte de la funció de tenir cura de les persones grans. A més, s'ha de tenir en compte que el conjunt de vivències, relacions i afectes que s'experimenten entre els membres d'una família no sempre és constructiu, contenidor i sa per als seus membres i es produeixen, moltes vegades, escenaris desagradables i, per què no dir-ho, violents.
2. Al llarg de la vida les persones, passam per diverses etapes que impliquen canvis de tipus quantitatiu i qualitatiu. Aspectes com la capacitat i l'aspecte físic, la situació econòmica, els esquemes morals, la personalitat, juntament amb les variacions en els drets i les obligacions associades al rol que vivim en cada moment, ens afecten intensament, a vegades més del que creiem o ens agradaria. De la mateixa manera, la societat pateix processos de transició (i, per extensió, les famílies) que afecten l'evolució dels ciutadans. Els canvis contextuals i els que es produeixen en el cicle vital dels individus afecten d'una manera determinant la dinàmica de relacions dintre de la família.
3. Les dades de l'Enquesta sobre Condicions de Vida dels Majors (*Llibre Blanc*, IMSERSO 2004) que analitzen com afecta, directament o indirectament, l'intercanvi intergeneracional entre els més grans i els més petits, ens indiquen que el 47,4% de les persones grans espanyoles de seixanta-cinc anys tenen néts adults i que el 66,1% té néts més joves de vint anys. De tot això, resulta especialment important el fet que el 71,1% de les persones grans que tenen néts han participat en la seva cura, el 26,6% fa aquesta tasca en l'actualitat i el 48,5% ho ha fet anteriorment.
4. Tradicionalment, els padrins han estat curadors secundaris dels néts. Actualment, aquest rol no solament es manté, sinó que, com que han canviat les circumstàncies sociolaborals, molts de padrins han d'exercir d'una manera més *compromesa* el seu paper de curadors.

³ Fernández Cordón, J. A. (1998): «Proyección de la población española». FEDEA, Document de treball, pàg. 98-111.

Aquesta funció és especialment important a les famílies monoparentals, en casos de mares adolescents o quan ambdós membres de la parella treballen durant la majoria d'hores del dia i de manera continuada. És a dir, en ocasions, els padrins han d'assumir el rol de curadors principals com a conseqüència de distints escenaris familiars, tenint en compte que aquest rol és un esdeveniment vital no normatiu i, potser, no desitjat. Per altra banda, i com a aspecte preventiu i positiu, els padrins que actuen com a curadors principals també manifesten emocions positives, poden gaudir de la presència i de la relació amb els nés i d'un augment de l'autoestima pel sentiment d'utilitat i suport familiar.

2.3. La vellesa, un mirall trencat?

1. La manera en què les famílies i l'entorn es relacionen amb les persones grans influeix en el tipus d'imatge o de percepció que tenen d'elles mateixes. Algunes famílies i societats fomenten més que altres determinats tipus d'interacció com, per exemple, proporcionar cures, mantenir el respecte i el reconeixement de les persones grans com a figures d'autoritat o fomentar la seva participació activa en decisions vitals (per exemple, on residir i com). De la mateixa manera, les persones tenim percepcions sobre les persones grans que hem format al llarg de la vida (fruit o no d'aquesta interacció amb elles), que també influeixen en la manera en què ens relacionam amb ells. Una imatge negativa de la vellesa, generalment estereotipada, té com a conseqüència l'aparició d'alguns comportaments i actituds com l'evitació, el rebuig o, el que és pitjor, la discriminació per l'edat.
2. En aquesta reflexió ens interessa destacar la importància que té l'estructura familiar com a principal referent i grup de pertinença que actua en la cultura de l'ancianitat. La funcionalitat de les relacions socials és un aspecte molt important d'aquesta construcció cultural i es manifesta de manera central en la tipologia de relacions entre la gent gran i la resta de membres de la seva família.
3. La investigació en el camp de l'envelliment ha comprovat la dificultat per *sincronitzar* els cicles vitals individuals amb els familiars i, per tant, se solen produir conflictes intergeneracionals. Les relacions intergeneracionals que les persones grans mantenen amb membres d'altres generacions són importants per a la seva salut i el seu benestar. En la vellesa, més que en altres etapes de la vida, aquestes relacions prenen una importància notable per l'impacte que tenen en les persones.
4. La família no s'ha de considerar com una entitat estàtica, sinó com un sistema dinàmic, evolutiu i interactiu, un espai de relació en què els canvis que afecten un membre de la família repercuten en la resta. Si durant el procés d'envelliment es produeix un deteriorament funcional de la persona gran que comporta una disminució significativa del grau d'autonomia, els membres de la família es veuen en la necessitat de prendre

un conjunt de decisions que afectaran les funcions i les posicions que cada membre tenia fins aleshores, senzillament perquè l'assistència a una persona afectada d'una dependència moderada o severa modifica el funcionament familiar, canvia la vida dels curadors i els posa a prova per trobar una nova manera d'adaptar-se a la nova situació, amb un equilibri que faci sostenible l'atenció a la dependència amb les responsabilitats i necessitats dels curadors mateixos.

2.4. Impacte i intervenció

1. L'impacte d'un procés de deteriorament funcional és més devastador si la família no és capaç de proveir un suport mutu entre els seus membres i de cercar-ne en tercers, ja sigui en figures informals o en serveis professionals. Si a això hi afegim dificultats per compartir els problemes i trobar solucions compartides, juntament amb una incapacitat per reconèixer la gravetat de la situació, la matriu vincular que la família ha de proporcionar deixa de fer contenció i pot començar a esdevenir una font de tensions i trastorns psicològics amb conseqüències patològiques per als seus membres. En aquest sentit, és important indicar que el suport que es proporcionen unes generacions a les altres està marcat per circumstàncies històriques i experiències personals que passen al llarg de la vida. Mentre les generacions més grans esperen que siguin els fills i altres familiars els que s'ocupin de la seva cura, les generacions més joves poden esperar que siguin les institucions públiques o privades les que se'n facin càrrec.
2. Sens dubte, totes les persones necessitem sentir-nos estimades i percebre que tenim suport per part de la nostra xarxa social. Però és necessari desenvolupar polítiques dirigides a mantenir aquest valuós suport i, per a això, és necessari disposar de serveis de suport per complementar-se amb l'esforç familiar. El desencadenament d'una crisi dins la família pot precipitar-se a causa de factors com una malaltia crònica de la persona gran, una caiguda d'importància, la mort del cònjuge, l'ingrés a una residència, el canvi en el cicle vital després de la jubilació laboral, etc. L'atenció a la dependència, quan implica uns costos importants de dedicació i d'esforç econòmic i emocional, pot refermar els vincles entre els parents o, ben al contrari, pot distanciar definitivament la possibilitat d'entesa i cooperació familiar.
3. És necessària, per tant, una intervenció decidida per millorar la qualitat de vida dels ancians i els familiars que en tenen cura, més enllà de paternalismes interessats o assistencialismes despersonalitzats. Els factors estressants que apareixen a les primeres etapes del cicle vital, com ara les tensions dintre de la família quan es constitueix la parella, les noves adaptacions pel naixement dels fills, etc., no són ni més ni menys importants que les que succeeixen a l'etapa adulta, com ara la independència més gran dels fills (la coneguda *síndrome del niu buit*), o a l'etapa de la vellesa, com ara la pèrdua de la parella, la jubilació, la pèrdua de funcions cognitives o pragmàtiques, etc.

4. Ara bé, segons com es presenten els diversos elements estressants, es fa necessari dissenyar i implementar per part dels serveis psicoterapèutics, educatius, socials i sanitaris, programes que ajudin a superar les crisis o les necessitats derivades del canvi d'etapa, per tal d'ajudar la persona i la seva família a trobar maneres d'adaptació més funcionals i satisfactòries. La vivència de pèrdues dels amics de sempre, de familiars propis, de la parella, la modificació dels rols professionals i del nivell d'activitat (jubilació, augment del temps a casa passat ociosament, reactivació de les disfuncions històriques de la parella, etc.) i, finalment, el deteriorament o la pèrdua de les funcions psíquiques o físiques, són vivències per a les quals no es disposa de serveis i programes de fàcil accés i d'implantació comunitària que facin possible un suport per prevenir, superar i pal·liar els impactes que sobre aquesta tenen els factors estressants esmentats. La situació general és encara substancialment millorable en aquest camp de l'atenció familiar i personal a l'envelliment en el vessant comunitari i psicosocial.
5. Una problemàtica de vellesa que solament s'expliqui des de la perspectiva individual (els problemes d'atendre una persona gran vénen perquè aquesta és dement, o perquè té un caràcter enfurrunyat, o per la seva tendència a l'aïllament, o perquè evita els familiars, etc.) ens fa perdre possibilitats d'intervenció i canvi, i per tant, d'afrontar els conflictes d'una manera menys traumàtica. Efectivament, els recursos per superar els problemes no es troben solament en l'ancià, sinó també en la família que l'atén i en la comunitat on habita. Així, si aquests dos agents no són actius i fermes a l'hora de sol·licitar recursos assistencials primaris i intermedis (servei d'ajuda a domicili, centres de dia, equips de psicòlegs, treballadors socials i educadors socials comunitaris, etc.), el pes de l'atenció a les persones grans recaurà exclusivament sobre la família i augmentarà la mútua dependència, l'estrès dels curadors i el risc de desprotecció i violència familiar. L'ajuda informal (voluntaris, veïnats, etc.) és important per donar suport a la família però, quan el cas és greu o es cronifica (demències, pèrdues importants d'autonomia per a les activitats quotidianes, etc.) aleshores calen recursos per a les persones grans i per als familiars organitzats professionalment i comunitàriament.

3. Les poblacions destinatàries dels programes

1. Al llarg dels darrers trenta anys, si consideram com a fita la publicació de l'estudi de l'Institut de Sociologia i Psicologia Aplicades (ISPA) dirigit per Duocastella, les poblacions destinatàries dels programes comunitaris per a la vellesa han variat segons les necessitats dels diferents col·lectius i la capacitat dels professionals i les organitzacions per intervenir en el sector.⁴

⁴ Duocastella, R., ISPA (1978): *Problemàtica social de la tercera edat a les Illes Balears*. Barcelona: Obra Social de la Caixa de Pensions per a la Vellesa i d'Estalvis de Catalunya i Balears. Per a una anàlisi més acurada del tema, vegeu Barceló i Santiago (2000).

2. Inicialment, els programes anaven dirigits a les persones grans i, d'aquestes, a les persones autònomes, senzillament perquè s'articulaven al voltant de les activitats de lleure i altres de caire més sociocultural dintre del marc de les activitats de les associacions de tercera edat, que es creen i s'expandeixen al llarg dels anys vuitanta (Barceló, Santiago 2000).
3. A altres treballs,⁵ ja hem expressat la conveniència de considerar almenys tres grups de poblacions com a destinatàries dels programes comunitaris en el sector de les persones grans: les persones grans mateixes, els familiars que en tenen cura i els professionals que hi treballen.
4. Els estudis i treballs citats evidencien amb xifres i amb detall l'augment quantitatiu dels col·lectius de persones grans i de familiars i consideren no solament la variable de l'autonomia personal que, com hem dit més amunt, era la primera que va ser tinguda en compte per dissenyar les primeres intervencions comunitàries (és a dir, que els primers programes s'adreçaren a les persones grans, erròniament anomenades aleshores persones grans vàlides), sinó que consideren també la variable del grau de dependència.
5. Certament, l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, dia 1 de gener del 2007, ha generat un gran conjunt d'iniciatives tant administratives com tècniques, així com actuacions de la ciutadania. Tanmateix, ja es realitzaven accions programàtiques per a les persones grans dependents i autònomes abans de la seva publicació. El canvi és substancial atès que ara els ciutadans podem reclamar els *programes preventius com a dret de la comunitat*.
6. L'augment quantitatiu ha posat en evidència, però, la necessitat de millorar qualitativament l'oferta de programes i de saber diagnosticar amb més precisió l'estat dels diferents col·lectius afectats, a fi de dissenyar programes més eficaços i més rics en matisos gràcies a saber actualitzar i revisar amb cura les necessitats detectades i oferir unes línies programàtiques contextualitzades i amb capacitat d'adaptació a la realitat.

3.1. Les persones grans

1. Les dades exposades als treballs esmentats confirmen l'existència d'un grup de persones grans amb dependència molt important a les Illes Balears i que estaria al voltant de les 24.000 persones. Aquesta xifra situa l'índex de dependència de persones més grans de seixanta-cinc anys en el 16,47%. Evidentment, aquesta xifra és inferior a les persones grans que tenen alguna discapacitat (27,34%), ja que no tota discapacitat deriva en dependència.

⁵ Aprofitam els darrers treballs que hem realitzat per bastir algunes de les dades del present article, ja que han coincidit en el temps. Així, es pot consultar l'apartat dedicat al Sistema de Promoció de l'Autonomia Personal i d'Atenció a la Dependència (SAAD) de les Illes Balears dintre de la Memòria 2008 del Consell Econòmic i Social (CES), actualment en premsa. També es pot considerar *l'Informe 2007 sobre Els programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears* (Barceló [et al.] 2008 i Barceló 2008).

2. Pel que fa a la població de persones grans dependents, s'observa una tendència a la ralentització del percentatge de dependència. Les causes hauríem de cercar-les en:
 - a) L'augment de la població total (la taxa de dependència ha passat de 2,48 a 2,24 en pràcticament deu anys).
 - b) L'augment de la població de persones grans es mou en unes xifres consolidades, ja que la taxa d'envelliment segueix un creixement constant però sostingut, a causa del fet que no es veu influït per una alta mortalitat ni per la immigració, factors que, com és sabut, juntament amb la taxa de fecunditat, determinen l'envelliment o el rejuveniment d'una població.
 - c) L'increment del nombre de persones grans dependents és del 17,66% amb relació al 1999; es pot dir que no es produeix un augment molt significatiu de la necessitat d'ajuda en les activitats per a la vida diària i això tot i haver-hi més persones de més de seixanta-cinc anys. En conseqüència, s'observa un retard en l'aparició de dependència.

3.2. Els familiars que en tenen cura

1. Pel que fa als familiars curadors, les dades més recents i exhaustives que hem elaborat assenyalen que la xifra global de familiars curadors de persones grans, extreta a partir d'alguns indicadors internacionals i d'altres d'elaboració pròpia, no és una xifra preocupant pel que fa al potencial d'ajuda familiar: hi ha familiars suficients per tenir cura de les persones grans.
2. Ara bé, la dificultat pot venir perquè cada vegada és menys nombrosa la població de dones curadores més grans de seixanta-cinc anys i per la baixa disponibilitat familiar per atendre les persones grans, a causa de les noves tipologies familiars, de les exigències del mercat de treball, de la dispersió geogràfica dels familiars propers, dels costos econòmics associats a l'atenció a la dependència severa i absoluta, tant funcional com per deteriorament cognitiu, etc.
3. Precisament, una part dels curadors familiars poden associar-se en entitats que defensen els interessos dels malalts i les seves famílies. Es tracta, però, d'associacions dedicades a persones grans amb una determinada patologia (Alzheimer, Parkinson, etc.). Cal tenir present que, en el sector de les persones grans, una altra part important de la dependència es produeix a causa del deteriorament funcional generalitzat, no específic, la qual cosa fa que una part molt considerable dels curadors familiars no rebin ajuda perquè la via associativa que els podria acollir encara no està articulada.
4. Per això, és important plantejar tres camins de suport als familiars curadors mitjançant:

- a) Serveis de proximitat vinculats a la comunitat, com l'ajuda a domicili i, sobretot, els centres de dia.
- b) Programes de suport psicosocial amb línies de formació, suport emocional i seguiment comunitari dels casos en els quals l'atenció familiar presenta més risc.
- c) Les prestacions econòmiques per cures en l'entorn familiar, amb la derivada de la possibilitat d'alta a la Seguretat Social mitjançant conveni especial per a curadors no professionals.

A mesura que la implantació de la Llei arribi als graus i nivells de menys dependència serà ineludible concertar i potenciar les accions preventives i comunitàries que actualment realitzen el govern, els consells insulars, els ajuntaments i les associacions.

En aquest article, però, volem posar l'accent especialment en les reflexions que ens sorgeixen quan s'han de dissenyar intervencions comunitàries per a la població dels professionals que treballen amb la vellesa i la família, més enllà de l'obvietat de la formació permanent, és a dir, quan pretenem valorar l'impacte que el treball amb persones grans i familiars curadors té sobre els tècnics, els equips de treball i el funcionament de les institucions.

3.3. Els professionals: una població destinatària dels programes?

1. Quan parlem de programes d'intervenció dins l'àmbit assistencial, social o sociosanitari, la tendència natural és la d'assumir que els destinataris són, naturalment, els col·lectius desfavorits, desprotegits i en risc d'exclusió social i amb patiment sostingut. De la mateixa manera que els drets de les persones identificades com a vulnerables cada vegada són tinguts més en compte i obtenen un reconeixement públic, institucional i legal, la resta d'elements i agents implicats en el sistema (professionals i familiars, per exemple), queden al marge, la qual cosa produeix una progressiva desintegració i parcialització de la intervenció.
2. Posar el focus d'atenció en la urgència possibilita l'acció, l'augment de la responsabilitat i la solidaritat i afavoreix la transformació de la denigració en dignitat; però la realitat ens ensenya cada dia que l'eradicació de la misèria, el patiment i la desesperança obliga a plantejaments més amplis i integradors que incloguin el context i l'ambient.
3. De la mateixa manera que atendre les necessitats d'un infant passa per atendre les de la mare i les de la seva família (concepció assolida no fa gaire temps), atendre les necessitats d'una persona gran dependent i, per tant, vulnerable, implica atendre les persones i els grups que tenen la responsabilitat i l'obligació de tenir-ne cura. Però quins són, llavors, els col·lectius vulnerables?

4. Pensam que una de les fonts de confusió és que el model assistencial de referència en el qual els serveis socials s'han mirat a l'hora de constituir-se ha estat el sanitari. El model mèdic estableix una diferenciació clara i categòrica entre salut i malaltia. Aquesta divisió de la realitat entre sans i malalts afavoreix un ordre i una operativitat necessaris per poder funcionar, però moltes vegades resulta allunyada de la realitat. I si dins el món sanitari aquest model ja fa temps que mostra les seves limitacions, tot i que té el model mèdic com a marc paradigmàtic de referència (el qual gaudeix d'un cos de coneixements i recerca ampli i sòlid per donar suport a aquesta categorització), podem imaginar la confusió que genera seguir mecànicament aquest model dins l'àmbit del serveis socials, en què no existeix un model o marc de referència ni consolidat, ni únic, mancat d'un cos de coneixements i de recerca prou ampli.
5. El diagnòstic social presenta una complexitat que implica un esforç constant d'integració per poder entendre i intervenir amb uns mínims de qualitat i eficàcia. Aquest diagnòstic social ha de ser, necessàriament, multidisciplinari i en xarxa. Si ja és difícil l'anàlisi i l'avaluació d'una problemàtica social, encara ho és més el fet d'haver de treballar en equip, integrar i coordinar-se amb professionals amb perfils i formacions diverses i que provenen de distintes institucions.
6. El model mèdic, mitjançant aquesta divisió il·lusòria entre sans i malalts i amb la identificació sempre del sa amb el professional i el malalt amb l'usuari o pacient, lleva del focus d'atenció les necessitats del professional i, sobretot, dels grups de professionals i de les institucions que els acullen. És per això que, tal i com es demana el títol d'aquest apartat, ens hauríem de plantejar quins són els col·lectius i fins a on haurien d'arribar els programes preventius.
7. És evident que s'ha d'atendre de manera diligent i amb totes les garanties els usuaris en risc. De la mateixa manera, els professionals assumeixen sense gaires dificultats que els programes també han d'arribar als familiars de les persones que pateixen. Ara bé, la idea que els professionals implicats també han de ser tinguts en compte i atesos d'alguna manera ja no troba el mateix suport ni des de les institucions ni, precisament, des dels professionals. Una vegada més, cada vegada que el model salut versus malaltia (o professional versus usuari) troba contexts que no el validen, som els professionals mateixos (fills del model dominant) els que aturam el canvi i l'evolució envers plantejaments més integrats i menys reduccionistes.

Com exemple del que diem, serà suficient fer una ullada a les dades de l'*Informe 2007* sobre els programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears, en referència als agents proveïdors i col·lectius destinataris dels programes descrits. La taula següent resumeix la qüestió:

Taula 3 | Iniciatives dels programes per destinataris i agents comunitaris (2007)

	ENTITATS	INSTITUCIONS	E. SERVEIS	TOTAL	%
Persones grans	40	40	10	90	62,07
Familiars	23	21	0	44	30,34
Professionals	1	0	0	1	0,69
No professionals	10	0	0	10	6,9
TOTAL	74	61	10	145	100
%	51,03	42,07	6,9	100	

Font: Informe 2007.

8. El col·lectiu més atès (que no vol dir, necessàriament, el més ben atès) és el de les persones grans. Aquest col·lectiu compta amb el 62,07% dels programes inclosos a l'informe, la qual cosa indica que noranta, dels cent quaranta-cinc programes analitzats a l'enquesta, atenen directament aquest col·lectiu. Els familiars que estan al càrrec de persones grans dependents reben el 30,34% dels programes, és a dir, quaranta-quatre dels cent quaranta-cinc. I finalment, trobam que només un dels programes està adreçat als professionals. Vistes les dades, vol dir que les diferències entre usuaris i professionals, en termes de necessitats, mancances i patiment, són tan grans? No seria convenient, si bé amb una altra proporció, plantejar línies de formació i suport per als professionals d'aquest camp?
9. El que volem replantejar, doncs, és la posició dels professionals dels serveis socials dins el sistema. Si tenir cura d'una mare és tenir cura del seu fill, tenir cura del professional que atén aquesta mare també ho és. L'element curador del sistema queda *naturalment* fora de l'angle de visió en estar envestit de la veritat i de la salut, fet que és absolutament fals. Que, donada l'escena, el professional hagi d'ocupar un rol determinat i mantenir-lo al llarg de la intervenció, no vol dir que deixi de ser persona i per tant, vulnerable. Aquesta confusió entre rol professional i persona duu les institucions i els seus tècnics a la fal·làcia de pensar que els professionals són éssers immunes, asèptics i maquinals i que estan absolutament al marge dels subjectes de la seva intervenció.
10. No hauríem d'oblidar la naturalesa de la feina que els professionals assistencials duem a terme diàriament. El contacte directe amb la privació, el patiment i la violència que desperten aquestes situacions és sempre present al lloc de feina i té unes conseqüències sobre l'estat psicològic, emocional i somàtic dels professionals. No és estrany haver de conviure diàriament amb relacions tenses, confoses i fins i tot violentes al lloc de treball dins els àmbits assistencials i dels serveis socials.

Lluny del que podria semblar, aquestes tensions i degradacions dels ambients de feina tenen molt a veure amb la manca d'elaboració i higiene emocional de les situacions tan extremes i dures amb què es troben els professionals. Quan aquests queden *fora de tota*

sospita pel que fa a poder patir alguna cosa semblant al que pateixen els seus usuaris, no ens adonam que negam la possibilitat de patiment, fet que pot provocar un desplaçament dels pensaments i sentiments no metabolitzats envers l'equip de treball i/o la institució. La insatisfacció i el sofriment arriba a ser crònic i insostenible per als professionals i per als equips de feina, si no són capaços d'elaborar les dificultats. Si no ho aconsegueixen, s'introdueixen en dinàmiques persecutòries pròpies dels estats paranoïdes, en què sempre s'intueix una amenaça de destrucció, però mai no es pot identificar.

La vivència de desintegració o desvinculació és cada vegada més freqüent, fins que es converteix en el clima habitual i condueix a l'escissió dels equips de treball i a la retirada a la defensiva dels professionals (la meua taula, els meus casos, les meves intervencions, la meua opinió, la meua realitat, etc.) en un intent de protecció de la seva identitat.

11. En definitiva, estaríem davant un procés en què, a causa del paradigma de referència que estableix una separació categòrica entre salut i malaltia, entre professional i usuari, el tècnic queda exclòs del dret a la possibilitat de prevenir el patiment o de ser-ne atès si arriba el cas i, encara més, s'ofereix aquest model de precarietat a l'usuari mateix.

Les institucions hauran de revisar aquests models de negligència i incloure el col·lectiu dels professionals dins de les poblacions vulnerables. Evidentment, la vulnerabilitat dels professionals i els equips de treball no és la mateixa que la dels usuaris, però sí que ho és la naturalesa de les necessitats. Les persones patim quan quedam incomunicades de la resta del grup. Això és el que trobam repetidament en els escenaris de risc de desprotecció i dependència.

No oblidem que els humans som éssers socials i que la dependència forma part del cicle vital: aquesta combinació de característiques ens fa únics quant a la solidaritat i a la capacitat d'empatia. Si els professionals oblidam les nostres necessitats com a persones per tal de ser figures immunes i omnipotents, ens allunyarem de les necessitats reals dels usuaris, ja que és difícil entendre com es pot arribar a comprendre el patiment de l'altre si el propi està ofegat o soterrat. Per altra part, en segons quins casos, es qüestiona la qualificació professional del tècnic si aquest experimenta trasbalsament o sofriment davant la situació dels usuaris.

12. Per acabar aquest apartat, creiem que cada vegada es fa més imprescindible el disseny de models d'intervenció que atenguin les necessitats de la població des d'una posició coherent en què la cura i l'atenció als col·lectius implicats (professionals inclosos) sigui una realitat.

No hem d'oblidar que la violència de l'ésser humà és el fruit del patiment sostingut sense possibilitat de ser expressat, compartit i reconduït. Si els professionals acumulam

tensió sense límit i no disposam d'espais de drenatge, d'elaboració i de supervisió en grup (valgui com a proposta de programes preventius), és molt probable que fem pagar la nostra frustració als companys de treball, la família o els usuaris i reproduïm per identificació moltes de les dinàmiques que al lloc de feina ens plantegen els usuaris i que no hem pogut *veure* amb prou objectivitat a causa del contagi emocional i la manca de prevenció.

El treball psicosocial amb segons quins col·lectius d'usuaris disposa de més tradició i, per tant, s'ha manifestat ja la necessitat de suport als professionals que hi treballen. En el cas del treball amb la dependència de persones grans també s'ha donat suport, però no amb les dimensions i profunditat que caldria, ja que les condicions i necessitats socials i familiars abans no eren com les que observam en l'actualitat, condicions que per les dades disponibles s'agreuaran.

4. Dona i dependència

A aquest apartat ens referirem, per una banda, al paper de la dona gran com a subjecte susceptible de rebre atenció i suport per prevenir o retardar situacions de dependència i, per l'altra, al paper que, per franja d'edat, de vegades se superposa amb el primer, el de la dona com a agent preventiu, perquè ella mateixa aporta atenció i suport a la població dependent. És el cas de les dones curadores familiars. Les característiques sociodemogràfiques de la societat actual condueixen a parlar de feminització de l'envelliment. Aquesta realitat suposa unes necessitats específiques d'atenció i suport que també analitzarem.

4.1. Les dades

1. A Espanya, el nombre de dones grans supera el d'homes en un 36,1% (IMSERSO 2009), fet que no sempre es tradueix en una qualitat de vida més gran. També hi ha diferències respecte del sexe en l'esperança de vida lliure d'incapacitat; mentre que els homes tenen una expectativa mitjana de convidaure cinc anys amb alguna discapacitat, les dones viurien una mitjana de vuit anys en la mateixa situació. A aquest indicador demogràfic se n'hi afegeixen d'altres que, malauradament, contribueixen que la dona envelleixi en condicions més dolentes i, per tant, augmentin les seves probabilitats d'esdevenir una persona dependent.
2. Una de cada dues dones grans és vídua. La proporció per als homes en la mateixa situació és d'un de cada cinc, fet que influeix en el fet que, a Espanya, un de cada deu homes visqui tot sol, mentre que, per a les dones, la proporció és de tres de cada deu. Això implica un suport material, emocional i econòmic més petit per a la dona gran. Segons

l'informe anteriorment esmentat «un nivell econòmic més baix és un factor de risc de patir malaltia i entrar en una situació de dependència» (IMSERO 2009, pàg. 43).

Unes altres dades que indiquen l'envelliment més dolent de les dones són les relacionades més directament amb l'estat de salut: els hàbits de vida saludables i les malalties més habituals. D'aquestes, el tipus de dolença més freqüent en la població gran, i més freqüent encara a la població femenina, són les malalties osteomusculars, principals causants de discapacitat a la població gran.

Quant als hàbits de vida saludables, el sobrepès que, a partir dels quaranta-cinc anys és més freqüent entre les dones que entre els homes, té un impacte negatiu directament en la salut i indirectament en altres elements que poden ocasionar també dependència, com la manca d'agilitat i mobilitat. Si a aquest factor hi afegim que quatre de cada set dones més grans de setanta-cinc anys tenen hàbits de vida sedentaris (passen assegudes la majoria del temps), s'incrementa encara més el risc d'empitjorament de la salut i la discapacitat.

3. Les condicions econòmiques de la dona gran també són inferiors respecte dels homes. Segons l'IMSERO, el 30,6% de dones més grans de seixanta-cinc anys no reben cap pensió de jubilació, mentre que la mateixa situació solament es produeix al 10,7% dels homes. Tots aquests elements influeixen en el fet que les dones grans presentin una incidència i severitat més grans de discapacitat.
4. Com a factor protector, cal esmentar que, malgrat que les dones grans tenen un índex d'analfabetisme més alt que els homes,⁶ el percentatge de dones entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys que participen en activitats educatives duplica el d'homes, en concret un 10,5% per a les dones i un 5,1% per als homes. També les dones grans tenen una taxa de participació en activitats socials més alta que els homes (41,9% i 35,6%, respectivament).

4.2. El perfil

1. Com hem assenyalat abans, l'atenció a les necessitats de les persones dependents és un dels grans reptes de la política social, un repte que requereix una resposta ferma i decidida, sobretot pel cost que suposa per a les dones. El *Llibre Blanc de la Dependència*, publicat el gener de 2005, ja reflectia que l'atenció de les persones dependents es realitza, principalment, a l'àmbit familiar i recau especialment sobre les dones. S'assenyalava que el 84% de les curadores són dones amb una edat mitjana de cinquanta-dos anys, un

⁶ Segons dades de la primera enquesta realitzada per l'Institut Nacional d'Estadística l'any 2007 sobre la participació de la població adulta a activitats d'aprenentatge (EADA-07).

col·lectiu al límit de la seva capacitat de cures i del qual només el 38,5% rep ajuts dels serveis socials, és a dir, el 61,5% no rep ajut de ningú per fer aquesta feina. És per això que podem dir que existeix una relació inequívoca entre dona i dependència.

2. Així mateix, el *Llibre Blanc* informa que la demanda de cures per a persones dependents s'ha incrementat de manera notable els darrers anys i seguirà augmentant a un fort ritme les properes dècades com a conseqüència de la combinació de factors de caràcter demogràfic, mèdic i social, entre els quals podem esmentar l'envelliment de la població, les taxes més altes de supervivència de les persones afectades per alteracions congènites, malalties i accidents greus i la creixent incidència dels accidents laborals i de trànsit. I no solament existeix més demanda de cures, sinó que l'oferta per donar-les és més petita, tenint en compte que des de fa uns anys s'han produït una sèrie de canvis en el model familiar que repercuteixen directament en la impossibilitat de prestar-los.
3. Evidentment, l'envelliment de la població ha de ser valorat positivament, com un avenç de les societats desenvolupades i una de les transformacions socials més grans: generalment, vivim més i més bé, malgrat que això impliqui l'aparició de malalties degeneratives i incapacitants que requereixen l'atenció d'altres persones per realitzar les activitats de la vida diària. La tasca de tenir cura en la família ve definida per dues característiques més bé negatives: per un costat, el caràcter *invisible* i, per altre, la manca de remuneració, característiques que la converteixen en una feina poc o gens reconeguda i que, sumat a la dedicació i la disponibilitat completa que requereix, la converteixen en una feina molt ingrata per a la persona que la realitza.

4.3. L'abús

1. I ho repetim per no oblidar-ho: l'atenció a les persones dependents es realitza, sobretot, a l'àmbit familiar i recau especialment en les dones. El 83% dels curadors són dones i tenen una edat mitjana de cinquanta-dos anys. Les tres quartes parts de les persones curadores no desenvolupen cap activitat laboral i només el 6,5% de les famílies que tenen cura de persones dependents tenen el suport dels serveis socials. És a dir, sembla que resulti inevitable que les dones hagin d'assumir la càrrega. En primer lloc, es troben les esposes dels homes que tenen una situació de dependència; en segon lloc, si hi ha una filla fadrina; després vendrà la filla divorciada; llavors la filla més propera al domicili o la més generosa. Si no es dona el cas de l'existència d'aquestes dones *preferides* per ocupar el lloc, serà el torn de les nores, les germanes, les veïnes, les amigues, etc. Entre els homes curadors solen predominar els esposos i, a continuació, els fills fadrins que no han abandonat la llar dels pares.
2. A l'*Informe 2007* analitzarem l'evolució demogràfica de les Illes Balears pel que fa als grups d'edats de les dones potencialment curadores; observarem que les dones de quaranta-cinc

a seixanta-nou anys (criteri OCDE) han augmentat en quinze anys el nombre d'efectius en un 46%, molt semblant al 43% de dones de quaranta-cinc a setanta-nou anys i per davall del 54% que ha crescut el col·lectiu de quaranta-cinc a seixanta-cinc anys.

Aquestes dades no són estimacions sinó recomptes directes del Padró Municipal d'Habitants 1991, 1996, 2001 i 2006. Precisament, gràcies a aquests criteris d'anàlisi, podem observar que el col·lectiu que menys ha crescut és el de dones de seixanta-cinc a setanta-nou anys, amb un 25% (8% de mitjana en quinze anys). Són dones que no treballen fora de casa (són més grans de seixanta-cinc anys) i que, en principi, no provenen de la immigració: segurament són les padrines illenques que segueixen les tendències de disminució o creixement vegetatiu de la població. És molt important destacar-les perquè seran, i de fet són, les curadores familiars de la primera línia d'assistència, abans que les filles i les dones per a l'atenció domèstica de la dependència. Són, en general, més joves que els seus marits i aquests poden presentar una dependència abans que elles. Paradoxalment, després d'haver-se sacrificat fent atenció a la dependència, si arriben a patir una disminució de la seva autonomia, no tindran el marit per ser ateses i la cobertura de la necessitat es desplaçarà a altres dones (les filles o nores) que pertanyen a una altra generació i que viuen, per tant, unes circumstàncies personals, familiars, laborals i socials menys favorables per a l'atenció de la dependència al domicili de la persona gran.

3. Els costos econòmics i personals per a cada una de les dones, filles o nores que tenen cura de les persones en situació de dependència són incalculables, sobretot perquè no reben un salari, no tenen una jornada laboral que comenci i acabi a una hora concreta i hi ha una part d'aquest esforç que no es mesura: s'abandonen relacions socials, pot sorgir l'aïllament, es perden oportunitats professionals, etc. A més, s'ha de tenir en compte que hi ha nombroses dones que, a la vegada que tenen cura d'alguna persona gran, també fan feina dins del mercat laboral, per la qual cosa assumeixen una càrrega suplementària que moltes vegades resulta excessivament onerosa.

5. La soledat i la dependència en les persones grans

A l'hora de parlar de soledat, sovint s'ha fet referència a la *carència de companyia* i, per tant, s'han fet càlculs d'índexs de soledat i s'ha observat que ha presentat i presenta un augment progressiu i continuat durant els darrers vint anys. A l'*Informe 2007* assenyalàvem els valors d'aquest indicador: pel que fa a les Illes Balears l'any 2001, el 21,70% de persones més grans de seixanta-cinc anys i el 28,43% de les més grans de setanta-cinc anys vivien soles, dades no alarmants però sí importants, sobretot tenint en compte que a més edat hi ha més persones en soledat, la majoria dones. S'ha de dir, de tota manera, que parlàvem de persones més grans de seixanta-cinc o de setanta-cinc anys que formaven part del que el cens denomina *llars unipersonals*.

5.1. Soledat sociodemogràfica versus soledat subjectiva

1. Quan parlem de persones grans que visquin a llars unipersonals, no volem dir que siguin persones grans sense parents o que no disposin de família que pugui atendre'ls; senzillament significa que viuen sols en un habitatge. I pels estudis fets sabem que aquest col·lectiu té molt clar on desitja viure l'envelliment mentre pugui: a casa seva. El quadre següent registra, en xifres absolutes, les persones que viuen soles més joves de seixanta-cinc anys, les que viuen soles més grans de seixanta-cinc anys i, dins d'aquestes, el subgrup de més grans de setanta-cinc anys. Es poden comparar amb la població total per Illes i per comunitat autònoma.

Taula 4 | *Persones més grans de setanta-cinc i seixanta-cinc anys amb relació al total de població i de llars unipersonals.*

	PERSONES SOLES >75	PERSONES SOLES > 65	PERSONES SOLES	POB.TOTAL
MALLORCA	23.465	105.771	60.150	672.640
MENORCA	2.344	10.501	5.944	71.155
EIVISSA/FORMENTERA(1)	2.039	12.039	7.884	93.299
ILLES BALEARS	27.848	128.311	73.978	837.094

Font: Informe 2007. (1) El cens 2001 agrupa les poblacions dels dos territoris.

2. Cal tenir present que aquest primer tipus de soledat, la soledat *demogràfica* (objectiva) pot correspondre a persones que durant la jornada mantenen contactes socials i, a més, poden tenir les filles o els fills a prop o que hi acudeixen quan no es troben bé. Per tant, tot i que estan soles, potser no s'hi senten. En tot cas, serà més una soledat que diríem de nit, perquè quan es retiren a casa per dormir només hi són elles. Així mateix, no sempre aquesta situació implica una vivència desagradable, perquè pot tractar-se d'una experiència voluntària i enriquidora (encara que la majoria de les persones grans que viuen soles és perquè s'hi han vist obligades per les circumstàncies).
3. Un segon tipus de soledat és la que es deriva dels processos de desadaptació psicosocial que duen a l'aïllament, a la desvinculació social o a la depressió. Són processos propis de les pèrdues emocionals, com a conseqüència de veure partir les persones estimades o amb les quals han viscut durant anys (no necessàriament el cònjuge) o, senzillament, perquè es troben sense un rol dins la família o dins la comunitat; en definitiva, perquè senten acabar-se la vida abans de morir. Parlem en aquest cas de soledat *sentida* o subjectiva.
4. Finalment, una variant de la soledat és la derivada de la síndrome de Diògenes o de processos que presenten dèficits importants en les relacions socials, sigui per marginació, exclusió o disfuncions psicosocials i familiars molt importants, amb manca de suport i

de relacions emocionals significatives i reconfortants. Tampoc disposen de la capacitat o motivació suficient per compartir amb els altres interessos i preocupacions. En segons quins casos aquesta soledat està associada a sentiments i comportaments propers a l'anomia.

5.2. Dades i factors que hi intervenen. Conseqüències

1. Si ens centram en la soledat sentida, trobam que diferents estudis⁷ assenyalen que entre el 10% i el 14% de les persones grans se senten freqüentment soles i al voltant d'una tercera part de les persones grans se senten soles ocasionalment.
2. Els factors que poden influir en l'aparició de la soledat en les persones grans, segons l'estudi esmentat, són diversos. Malgrat això, existeixen situacions que poden facilitar l'aparició d'aquesta soledat, no tant per la presència d'un únic factor, sinó per la combinació de factors de diferent naturalesa:
 - **Situacions familiars adverses:** abandonament de la llar per part dels fills, manca de descendència, no tenir germans, dispersió geogràfica dels fills i/o altres familiars, insatisfacció amb les relacions familiars, conflictes familiars especialment amb els fills, mort del cònjuge, abandonament de l'habitatge i l'entorn social proper, existència o absència de fills o tenir cura d'un familiar malalt.
 - **Factors personals:** els sentiments de soledat són més freqüents en dones que en homes, en persones separades i/o divorciades, en fadrines i vídues que en les casades. La personalitat, l'estat d'ànim, el nivell educatiu, els ingressos econòmics, etc., també hi influeixen. També hi hauríem de considerar la salut objectiva i la subjectiva: com més dolent és l'estat de salut, més gran és la soledat.
 - **Factors socials:** l'aïllament social, la dificultat d'accés als serveis socials i sanitaris, la reducció o insatisfacció de la xarxa social (amistats, veïnats...), la participació més baixa en activitats estimulants (les persones grans més actives informen amb menys freqüència de sentiments de soledat) i l'avorriment.
 - **Altres factors:**
 - El moment del dia, ja que són més freqüents en fer-se fosc i es fan més intensos a mesura que avança la nit i durant la matinada.
 - El moment de tornar a casa seva, sobretot si viu sol, implica una probabilitat més alta d'aparició dels sentiments de soledat.

⁷ CIS-IMSERO: *La soledad de las personas mayores*. Estudi 2.279.

- La soledat cercada (permet un coneixement més gran d'un mateix i un enriquiment personal més gran) o la imposada (provoca l'aparició de sentiments negatius).

3. La soledat té conseqüències negatives i positives:

- Les **negatives**: afecta el benestar físic i cognitiu, depressió, sentiment d'indefensió, institucionalització, mala alimentació, por (de patir una malaltia o accident, de la dependència, de morir en soledat), disminució de l'autoestima, problemes per dormir, baixa resposta immunològica a l'estrès, problemes de cognició, augment de la probabilitat de mortalitat.
 - Les **positives**: llibertat, tranquil·litat, aprofundir en el coneixement d'un mateix, reestructuració adaptativa (capacitat per activar estratègies eficaces davant la soledat).
4. Si bé la soledat és més freqüent en dones grans, sol ser més intensa i més temuda per als homes grans, a causa de la dificultat en el maneig d'activitats domèstiques, almenys en les generacions de persones grans en què els papers domèstics han estat desenvolupats per les dones.

5.3. Afrontament i programes d'intervenció

1. Pel que fa a les habilitats d'afrontament de la soledat, veurem la influència de diversos factors:

- **Recursos personals**
 - Establir vincles afectius amb noves persones.
 - Fer visites a altres persones.
 - Creences religioses.
 - Personalitat equilibrada.
 - Mantenir-se actiu.
 - Iniciativa pròpia (planificació d'activitats).
 - Acceptació de les dificultats adverses, per exemple, quedar vidu.
 - Augmentar l'autoestima.
 - Aprendre habilitats socials.
- **Recursos familiars**
 - Oferir suport instrumental i emocional.
 - Bona qualitat de les relacions familiars.
 - Contacte freqüent.
 - Satisfacció amb les relacions familiars.

- **Recursos socials**

- Xarxes socials extenses i eficaces.
- Increment de les interaccions socials significatives.
- Proporcionen suport emocional i instrumental.
- Realitzar activitats agradables: sortir a passejar especialment en companyia, fer visites, etc.
- Participació social.

- **Recursos ambientals**

- És necessària la presència d'un ambient que faciliti el manteniment de patrons de conducta adequats i que disminueixin la soledat.

- **Recursos econòmics adequats a les necessitats**

2. Del vessant psicosocial no hi ha tantes dades. Per això són tan importants els programes comunitaris perquè, en el seu vessant psicosocial, treballen aquests aspectes més ocults de l'envelliment i perquè atenyen la subjectivitat de les persones. Les dades demogràfiques, en definitiva, són expressions quantitatives.
3. Finalment, a l'hora de fer una tasca preventiva sobre la vivència de soledat, cal tenir present la implantació de programes psicoeducatius cognitivoconductuals, així com incloure, d'una manera transversal al llarg de la resta de programes, la dimensió relacional de la naturalesa humana. La intervenció per mitjà de programes en grup proporciona una possibilitat per pensar, viure, treballar i elaborar aspectes tan universals i *oblidats* com la pertinença als grups, el desenvolupament dels vincles i les relacions noves, així com la fi dels vincles i el dol mitjançant el treball i vivència dels acomiadaments dins del grup.

6. La llei de dependència i els programes preventius

1. En aquest apartat s'analitza breument la manera en què recull el desenvolupament de programes preventius la Llei 39/2006. Si bé és cert, com veurem, que la llei fa esment explícitament dels programes preventius (articles 14, 15 i 21), també n'hi ha d'altres que indirectament afecten el desenvolupament d'aquests programes.
2. L'objectiu de la llei, tal com s'indica a l'article primer, deixa ben clar que la promoció de l'autonomia personal és un dret del ciutadà que ha de ser defensat per les administracions públiques. Des del començament del desplegament de la llei, s'ha fet un esforç per prendre consciència als ciutadans que tenen el dret de ser atesos en cas de situació de

dependència, però aquest esforç no ha quedat tan clar quant al fet que també tenen dret a prevenir o retardar aquestes situacions.

3. Si consideram més en detall les referències per articles, observam que el tercer estableix, com a principi inspirador, l'establiment de mesures adequades de prevenció; que els articles 6 i 8 plantegen la col·laboració entre administracions per tal d'optimitzar els recursos per a la promoció de l'autonomia. Actualment, la col·laboració entre les administracions no és tan fluida com seria desitjable i, per aquest motiu, no s'aprofiten els recursos de programes preventius que es duen a terme ja en l'actualitat; l'article 13 pretén que la persona pugui ser el més autònoma possible per tal de mantenir un rol actiu dins la comunitat, objectiu principal dels programes preventius d'intervenció comunitària. Finalment, com dèiem abans, els articles 14, 15 i 21 comprometen les administracions públiques a oferir als ciutadans els serveis i prestacions per prevenir situacions de dependència.

Article 14. 1. Prestacions d'atenció a la dependència

Les prestacions d'atenció a la dependència podran tenir la naturalesa de serveis i de prestacions econòmiques i aniran destinades, per una part, a la promoció de l'autonomia personal i, per una altra, a atendre les necessitats de les persones amb dificultats per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària.

Article 15. 1. a. Catàleg de serveis

1. El catàleg de serveis comprèn els serveis socials de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a la dependència, en els termes que s'especifiquen en aquest capítol:
 - a) Els serveis de prevenció de les situacions de dependència i els de promoció de l'autonomia personal.

Article 18. 4. Prestació econòmica per a cures dins l'entorn familiar i suport als curadors no professionals

4. El Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència promourà accions de suport als curadors no professionals que incorporaran programes de formació, informació i mesures per atendre els períodes de descans.

Article 21. Prevenció de les situacions de dependència

Té la finalitat de prevenir l'aparició o l'agreujament de malalties o discapacitats i les seves seqüeles, mitjançant el desenvolupament coordinat, entre els serveis socials i de salut,

d'actuacions de promoció de condicions de vida saludables, programes específics de caràcter preventiu i de rehabilitació dirigits a les persones grans i a les persones amb discapacitat i a les que es vegin afectades per processos d'hospitalització complexos. Amb aquesta finalitat, el Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència acordarà criteris, recomanacions i condicions mínimes que haurien d'acomplir els plans de prevenció de les situacions de dependència que elaborin les comunitats autònomes, amb especial consideració dels riscos i actuacions per a les persones grans.

4. Tot i els aspectes positius, també s'observen algunes mancances. En concret, les prestacions que preveu la llei estan orientades quasi totalment a atendre situacions de dependència però no tant a prevenir-la. Es potencia la prevenció secundària i especialment la terciària, però no la primària, que és la que pot arribar a un nombre més gran de persones amb una inversió econòmica més petita. Segons Cornes [et al.] (2004, pàg. 88), «la prevenció primària és, estrictament parlant, l'única i vertadera estratègia preventiva». Aquesta prevenció i aquest suport s'han de fer extensius als familiars curadors.
5. Amb data d'1 de juliol de 2009 encara no s'havia atorgat a les Illes Balears cap prestació en sentit estrictament preventiu. Encara que fins l'any 2014 la població reconeguda com a dependent no rebrà les prestacions de nivell i grau més baix (1.1., 1.2), no cal esperar fins a aquest any per implantar programes de prevenció, ja que aquests també estan orientats a prevenir o retardar la dependència tant severa com moderada. El finançament dels serveis assistencials d'atenció a la població dependent no ha de perjudicar el dels programes preventius de la dependència.
6. Amb aquest articulat, la llei incorpora no solament l'atenció a la dependència com a dret subjectiu, sinó també *in extenso* el dret a la promoció de l'autonomia. Per això, no es poden ni obviar ni menystenir les intervencions comunitàries basades en programes de prevenció i de promoció per a un envelliment digne i de qualitat; ans al contrari, s'han de potenciar i qualificar.

7. Els costos i la cobertura dels programes comunitaris de vellesa i família

1. Aquests darrers anys, quan hem analitzat els costos dels serveis per a les persones grans i els familiars curadors,⁸ un dels indicadors que sempre ens ha interessat estudiar és el que denominam *dobla piràmide inversa*. Es tracta d'un conjunt de dades que relacionen el cost de cada servei per a les persones grans⁹ amb la cobertura de població que tenen.

⁸ Pla Estratègic de les Persones Majors de les Illes Balears (AA.VV. 2001), Barceló [et al.] (2008) i Barceló (2008).

⁹ Classificats en tres categories: serveis de base o d'atenció primària, secundaris o especialitzats i els de caire residencial o que substitueixen la llar.

2. És sabut que els costos dels serveis residencials són elevats a causa dels torns de personal per cobrir les vint-i-quatre hores d'atenció, les despeses de manteniment, inversió, etc. Precisament per això, no és sostenible la creació indiscriminada de places a residències que, tanmateix, s'han d'oferir a una població forçosament reduïda pels mateixos costos i, a més, perquè un hipotètic finançament basat exclusivament en les quotes de les persones grans ingressades no solament les fa inviables, sinó que compromet les polítiques socials del sector, que les convertiria en un servei elitista i a l'abast només de poques persones grans, les que disposassin d'un capital suficient.
3. Quan es compara el cost/cobertura de les residències amb els altres recursos esmentats, s'observa la tendència a dedicar molt més diners a finançar les places de residències que les dels centres de dia i/o els programes a la comunitat (SAD, teleassistència, menjar a domicili, programes preventius per a persones grans i familiars, etc.), tot i que aquestes dues darreres opcions no solament arriben a més població, sinó que poden actuar de contenció i retard de l'opció de residència, per la qual cosa compleixen una *funció d'eficiència* en el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència que crea la Llei 39/2006.
4. Si procuram posar *xifres a la doble piràmide inversa*,¹⁰ s'observa que el 2000, per a les Illes Balears, els serveis residencials tenien un cost anual de quatre mil sis-cents trenta-set milions de pessetes (4.637.132.939 PTA.), pràcticament vint-i-vuit milions d'euros. La cobertura aleshores era de 3.342 usuaris. Per la seva banda, els programes de comunitat, agrupant els d'atenció primària amb els dels centres de dia, tenien un cost anual de mil nou-cents milions de pessetes (1.868.613.469 PTA), aproximadament onze milions d'euros.
5. Si consideram que el *cost total anual* dels serveis es calculava entorn dels sis mil cinc-cents milions de pessetes (6.505.746.408 PTA), al voltant dels trenta-nou milions d'euros, resultava que les residències generaven el 71% dels costos, però amb un índex de cobertura només del 2,82% (3.342 places) de la població de persones grans de les Illes Balears. Els serveis de primària més els programes comunitaris generaven el 29% restant de la despesa amb una cobertura al voltant del 3,42%, que corresponia a 4.060 usuaris, i això sense comptar els participants en els programes comunitaris, xifra que resulta més difícil d'establir, però superior en qualsevol cas a les de residències o a les de l'atenció primària. Si no es consideraven els participants en els programes, els serveis d'atenció primària oferien els seus serveis al 58% dels usuaris.

¹⁰ En realitat, es tracta d'uns eixos de coordenades en els quals l'abscissa considera el nombre d'usuaris i l'ordenada el tipus de recurs. Atesa la situació el 2001, quan començarem a calcular aquesta dada, la forma resultant era una piràmide pel que fa als usuaris i una altra piràmide, però ara inversa de l'anterior, per als costos.

6. La tendència era la mateixa l'any 2007 pel que fa als costos, ja que parlariem d'uns percentatges del 73% per a les residències (vuitanta-tres milions d'euros) i del 27% per als serveis d'atenció primària (trenta-un milions d'euros). En canvi, pel que fa als usuaris, havien augmentat els que eren atesos per l'atenció primària, que arribaven al 72%, increment generat fonamentalment pel nombre d'usuaris del SAD, que comptabilitzava 10.561 persones grans ateses. Les persones grans ateses a les residències eren 4.540. La resta, 1.160 persones grans, eren ateses als centres de dia.
7. Les dades disponibles per al 2008¹¹ indiquen que les despeses totals vinculades al desplegament de la Llei 39/2006 al llarg de 2008 arriben als 63.283.344,80 euros. La despesa de més quantia (un 68,88%) és la referida a les prestacions per a centres residencials, amb 2.366 places. La xifra en euros arriba als 47.020.590,56 amb una relació gairebé d'1 a 2 entre la despesa per a persones grans i la pròpia per a discapacitats. El quocient del cost per plaça se situa, en aquest darrer col·lectiu, en els 23.810 euros l'any, mentre que per el cas de les places residencials per a persones grans el cost per any és de 18.230 euros.
8. Pel que fa als centres de dia, destaca l'important esforç pressupostari, si bé, cal reconèixer-ho, és encara insuficient. La despesa arriba als 8.160.985,25 euros, pràcticament el 12%, i significa un augment de dos milions d'euros amb relació a les dades aportades per a la realització de *l'Informe 2007*. La plaça té un cost de 7.563 euros l'any, per als 1.079 usuaris. Tot i que no són comparables en detall, convé esmentar que la memòria de CES del 2007, amb dades del 2006, informava que «l'esforç realitzat el 2007 ha estat molt rellevant, amb quaranta-dos convenis signats per un total de 2.566.141,46 euros; això representa un augment del 167,52% respecte de 2002 (s'hi havien dedicat 1.531.800 euros)».¹²
9. Les quantitats esmentades evidencien l'esforç que es fa per part de les distintes administracions a fi d'orientar el model d'atenció a les persones grans i, en general, a les persones amb dependència, envers una assistència que sigui més propera a l'entorn de la persona gran, per tal de no promoure la substitució de la llar, així com procurar suport als curadors familiars i, per tant, sense desvincular-los de l'atenció a les seves persones grans. Aquesta dedicació als *serveis de proximitat* es veu millorada encara per l'assignació de la partida de prestació econòmica per a cures dins l'entorn familiar, amb un total d'11.335.059,57 euros, que arriben al 16,61% del total de despesa en prestacions.

¹¹ Es generen a partir de la progressiva implantació del SISAAD, el sistema informàtic del SAAD. És un sistema encara en procés d'ajustament, però que ha de permetre organitzar el seguiment de les situacions de dependència pel que fa, entre altres, als recursos assignats i a la creació de sèries numèriques de costos i beneficiaris. És important tenir en compte que les dades que manejam només es refereixen a les generades per la Llei 39/2006 i a places del Govern de les Illes Balears i dels centres concertats. A més, preveuen les despeses i les places per a persones grans i persones amb discapacitats. La comparació, doncs, amb les dades presentades dels anys 2001 i 2007 s'ha de fer amb certes reserves.

¹² AA.VV. (2007, pàg. 638).

10. Les dades anteriors confirmen, al nostre parer, la modificació de la tendència dominant fins pràcticament el 2007 i que hem definit com a doble piràmide inversa. Observam, doncs, un incipient canvi en el model d'atenció a les persones dependents, per fer-lo més proper a la comunitat i més sostenible econòmicament i socialment.
11. Segurament, caldrà insistir-hi en propers treballs per tal d'observar si es manté la tendència. Per nosaltres, es tracta d'un element fonamental no solament per fer sostenible el sistema d'atenció a la dependència, sinó per promoure l'autonomia i, per tant, l'acció de donar suport a les famílies. En aquest sentit, cal considerar amb certa preocupació la presència gairebé testimonial, o residual segons com es miri, de les despeses per a programes de prevenció i autonomia personal. És necessari més treball entre les institucions i les entitats del tercer sector.

En concret, només l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, els ajuntaments que hi col·laboren i algunes de les associacions d'afectats implementen programes preventius al territori. En el cas de l'IMAS, d'ençà el 1994 i amb una dedicació pressupostària consolidada d'aproximadament 250.000 euros per al 2006. Aquesta institució és la que més esforç aporta a la prevenció i a la promoció de l'autonomia de les persones grans a través de *l'Equip de Vellesa i Família*, ara dins la Secció de Foment de l'Autonomia de les Persones Grans. De fet, és l'única experiència que, fins i tot abans de la Llei 39/2006, ja treballava amb persones grans en situació de risc des d'una perspectiva psicosocial i educativa a través de models d'intervenció comunitària. Per això, ens hi referirem amb més detall en el proper capítol.

12. A tall de reflexió, hem d'assenyalar que les atencions residencials a les persones grans tenen un caràcter professional i doblement permanent, perquè les persones grans són ateses durant tot el dia i de per vida. Aquest components, als quals podem afegir el fet de tractar-se d'institucions totals (Goffman) les fa cares i amb una tendència a distanciar de la comunitat els seus usuaris. En canvi, l'assistència dins la comunitat comporta necessàriament la col·laboració de la família o de la xarxa de suport i de les administracions públiques i privades, amb la qual cosa poden diversificar-se les responsabilitats i els costos sense exposar la persona gran a processos de desarrelament o aïllament institucional.
13. Les dades recollides ens porten a la consideració que, per fer el SAAD sostenible i de qualitat, cal aprofundir en un canvi de tendència que passa per augmentar les prestacions a la comunitat, bàsicament amb l'increment del nombre de places de centres de dia, de servei al domicili, de suport a la família, així com reordenar el perfil de les persones grans ateses en centres residencials. Per això és molt necessari disposar de programes comunitaris potents i sofisticats des d'un punt de vista interprofessional que permetin dur a terme estratègies de suport, treball conjunt i contenció de les

situacions que la prevenció de la dependència i la promoció de l'autonomia de les persones grans comporta.

14. Els serveis de la comunitat (sanitaris, socials, entitats del tercer sector, formació d'adults, formació permanent de professionals del sector de les persones grans, etc.) no poden treballar aquestes situacions ignorant què fan els altres serveis i sense voluntat de cooperar. És una responsabilitat de l'administració pública i de la societat civil cercar *espais de col·laboració* i dissenyar solucions creatives i eficaces per resoldre les situacions que l'atenció a la dependència i l'augment de l'esperança de vida crea en les persones i les famílies; cal evitar, en definitiva, que les noves necessitats modifiquin a la baixa la qualitat de vida.

8. Experiències en programes comunitaris

8.1. La intervenció comunitària a les Illes Balears

El darrer trimestre de 2007 duguérem a terme el treball de camp corresponent a la recerca que havia de recollir les dades per a l'*Informe 2007* sobre els programes comunitaris i preventius per a persones grans i familiars curadors a les Illes Balears. Seleccionades les entitats i institucions, es feren més de cinquanta entrevistes amb les persones responsables de cada programa. Mitjançant un qüestionari estàndard, recollírem i classificàrem les dades corresponents.

Complimentàrem un total de cinquanta-tres fitxes, cada una de les quals corresponia a un programa diferent. Vint-i-una foren finalment les entitats o institucions, tant públiques com privades, que ens respongueren. L'àmbit geogràfic de la recerca abraçava tota la comunitat autònoma. De l'anàlisi de les dades recollides se n'extreuen les conclusions següents:

1. La majoria de les iniciatives incideixen sobre els components psicològics, tant en els aspectes cognitius com emocionals. Les entitats són els agents comunitaris més implicats al respecte, fonamentalment pel que fa a l'atenció als seus socis o beneficiaris. L'estimulació cognitiva i el suport emocional són camps de treball destacats. Destaquen els objectius centrats en els aspectes socials i, en mesura més petita, en els dirigits als aspectes funcionals.
2. Les persones grans són els principals destinataris. No obstant això, els familiars curadors tenen una presència important. Cada cop més, els sistemes proveïdors de serveis pensen en els familiars que han d'atendre un parent amb dependència. Les demandes d'aquest col·lectiu tenen especial incidència pel que fa a les malalties

degeneratives del sistema nerviós central. Crida l'atenció la baixa, gairebé nul·la, presència de les activitats formatives. Cal tenir en compte que la Llei 39/2006 preveu la formació dins el seu artículat.

3. També és cert que les entitats esperaren rebre la formació o, en tot cas, sol·licitaren finançament a les institucions per satisfer les demandes específiques que tenen. Per tant, el més lògic és que les administracions públiques i les empreses de serveis que hi concerten, disposin de programes de formació que s'ajustin no solament a les necessitats de les entitats, sinó a les dels treballadors de les administracions públiques en els temes que es refereixen als tres nivells de prevenció. No es pot obviar tampoc que els espais de trobada (jornades, simposis, intercanvis, etc.) entre professionals de l'atenció primària o especialitzada aconsegueixen una tasca necessària, estimulants i imprescindible en la millora dels aspectes preventius.
4. S'ha observat que els nivells preventius més treballats per les iniciatives revisades són els referits a la prevenció secundària i terciària, sobretot pel que fa a les entitats. Aquestes treballen amb persones grans afectades per alguna discapacitat que els provoca la dependència. Cal destacar que les administracions públiques són les úniques que encara mantenen amb certa amplitud les iniciatives de prevenció primària i de risc, amb programes adreçats a persones grans i familiars curadors.
5. Gairebé la totalitat d'iniciatives s'ubiquen dins el marc social i el sanitari. Els programes educatius o els propis a les polítiques d'igualtat no tenen encara una presència a considerar. Pel que fa al marc educatiu, s'han de considerar les iniciatives que realitza la Universitat Oberta de Majors de la UIB (UOM).
6. En general, hi ha una presència comunitària més o menys sostinguda per part de les entitats i institucions quant a donar a conèixer els seus missatges. La continuïtat en el temps de certes entitats i serveis de l'administració fan que la comunitat els conegui. No obstant això, manquen iniciatives transversals entre els serveis socials, sanitaris, educatius.
7. Amb relació a la tipologia de les iniciatives, i llevat de les de formació, recerca i cooperació, la resta mantenen una presència semblant. La consideració principal, a parer nostre, és que les entitats, de poder fer només tasques d'informació i orientació, han passat a donar serveis als seus membres, conscients que les administracions no poden particularitzar l'atenció per tipologia d'afectats. Hem detectat aquest augment en les iniciatives de suport personal, familiar i d'estimulació.
8. Les opinions que hem recollit com a observacions dels responsables dels programes tenen l'interès de respondre als aspectes que poden ser més sentits. Així, cal considerar

les referències a la necessitat de donar estabilitat i més eficàcia a les iniciatives mitjançant fórmules de finançament a través de convenis de col·laboració que responguin a dissenys planificats i, per tant, amb una possibilitat de previsió en el temps.

9. La consideració anterior té relació directa amb l'estabilitat laboral i la qualitat en l'ocupació de les persones que executen les iniciatives. Com hem dit, en molts de casos les entitats fan una feina complementària a la de l'administració. També convé vetllar per la formació de les treballadores nouvingudes en un moment en què la demanda de curadores va en augment.
10. Les institucions coincideixen en la importància de la col·laboració entre les administracions, tant en les preses de decisions com en els intercanvis. D'alguna manera, el debat partidista haurà d'estar al marge dels aspectes fonamentals que planteja la Llei 39/2006. Igualment, caldrà potenciar els intercanvis entre els tècnics, més enllà dels espais formatius reglats.
11. En aquest sentit, convé considerar les iniciatives que parteixen d'una connexió horitzontal entre entitats. Les plataformes o altres fórmules (federacions, etc.), permeten fer retre els esforços i ser més eficients. Són un exercici de diàleg i compactació d'accions que requereix la capacitat de fer feina coordinadament, cercant els punts forts i les trobades de posicions i no la debilitat de l'adversari. Així mateix, pot fer més eficaç la captació de recursos econòmics.
12. L'experiència i la tradició de les entitats que fan feina coordinadament ha de traduir-se també en una capacitat d'entesa i de treball conjunt amb les administracions més gran. El treball comunitari, patrimoni de tots, necessita el treball en xarxa. L'intercanvi d'informacions, d'experiències, l'aprofitament dels recursos, evitar la duplicació de serveis, etc. són cabdals per generar noves dinàmiques, més fresques, eficaces i creatives, que les inèrcies que a vegades atrapen les administracions i les entitats, les primeres esperant propostes de les segones i aquestes esperant el finançament de les primeres. Això per una banda; per l'altra, la resolució de dificultats o nous reptes reclama la coordinació d'esforços.
13. Les institucions reconeixen que la feina respecte de l'atenció de la dependència es mou encara més en el terreny assistencial. La prevenció hi és present, però es troba més allunyada dels objectius que es plantegen a hores d'ara. En qualsevol cas, tots els responsables consultats consideren que la prevenció és un camp de treball imprescindible per a un model més equilibrat, és a dir, ni neguen la seva eficàcia ni descarten que no s'hagi de fer prevenció. De fet, s'insisteix en la necessitat de les polítiques de proximitat als ciutadans i no en el fet que solament es posi l'èmfasi en els aspectes monetaris o assistencials de la Llei 39/2006.

8.2. Tipologia d'iniciatives

A continuació, presentam la tipologia de les iniciatives dels programes de promoció de l'autonomia personal i atenció a la dependència que vàrem extreure de l'anàlisi de les dades recollides a l'*Informe 2007* i que agrupam per categories.

- **INFORMACIÓ.** Són programes o línies que fan arribar als destinataris dades i continguts que els afecten i que els poden ser d'utilitat. Disposen d'un component de presa de consciència inicial que no convé descartar. En la tradició dels programes comunitaris, aquestes iniciatives generen un nivell de canvi que segueix *grosso modo* l'ordre següent: primer s'assoleixen canvis en el nivell d'informació, després en les actituds i, finalment i amb més dificultat, canvis en els comportaments.
- **ORIENTACIÓ.** Transmeten a destinataris específics o a la població general els criteris, normes, informacions, suggeriments o qualsevol altra apreciació que permeti al demandant definir quins, com, on o amb quins terminis pot dur a terme el que li sigui convenient per satisfer o resoldre el motiu de la seva demanda.
- **CAPACITACIÓ¹³ i TREBALL PERSONAL.** Fonamentalment són iniciatives adreçades als no professionals (l'atenció informal). Es tracta de procediments i tècniques que milloren les capacitats personals en les relacions i esdeveniments d'intercanvis socials. Recullen tota la tradició del treball de l'autoconcepte, autoestima, autoajuda i habilitats socials. Comporten un vessant en grup i no de treball de casos.
- **FORMACIÓ i RECERCA.** Comuniquen continguts i valors mitjançant espais reglats, formalitzats i professionalitzats. Poden plantejar-se l'avaluació del rendiment acadèmic assolit. El component d'investigació se situa en un moment anterior i amb paràmetres distints al de la formació, però resulten complementaris entre si. La recerca procura la recollida de dades i la innovació en les solucions als problemes que afecten l'autonomia i la dependència de les persones grans i els familiars curadors. Ambdues categories són iniciatives programades principalment per ser adreçades als tècnics en aquestes matèries.
- **SUPORT PERSONAL.** Els programes que n'ofereixen donen suport als processos d'adaptació psicosocial des de la perspectiva de la història de vida de la persona, dels seus patrons i mecanismes intrapsíquics i de les seves estratègies de relació. Pot complementar-se amb els programes que promouen una tipologia d'intervenció en grup. Arriben al treball terapèutic i de casos.

¹³ Les iniciatives que preveuen ajuts tècnics les hem considerat a les tipologies de capacitació i suport personal.

- **SUPORT FAMILIAR.** Ajuden els membres de les famílies en el seus processos d'adaptació psicosocial. Connecten els components intergeneracionals i les regles relacionals familiars. Tenen connexió amb les tipologies d'intervenció en grup amb els familiars curadors. Poden arribar fins al treball terapèutic familiar.
- **ESTIMULACIÓ.** Iniciatives centrades en les activitats de grup, però amb caràcter personalitzat. Resulten eficaces per tractar les pèrdues cognitives, els dèficits funcionals i els processos de pèrdua o desvinculació social de risc.
- **PARTICIPACIÓ.** Plantegen la captació i la incorporació dels seus integrants (persones grans, familiars, professionals) a les activitats socials que fan possible el màxim de vinculació, integració i participació en la vida comunitària. Pot tenir una tendència única (només de persones grans, familiars, etc.) o transversal (entre diversos col·lectius socials). Les activitats d'organització, gestió i promoció del denominat món associatiu (o de col·legis o associacions professionals i entitats sense ànim de lucre) centra el gruix principal d'aquest tipus de programes.
- **COOPERACIÓ.** Són iniciatives de voluntariat, no lucratives, o també mitjançant convenis de col·laboració (que fan possible l'acció solidària controlant l'ànim de lucre). També hi ha iniciatives de cooperació amb els serveis formals o directament amb els afectats i els seus familiars, tant en l'atenció com en la prevenció de les situacions de dependència. L'ajuda o el suport que presten tenen un caràcter finalista i concret quant als resultats esperats. Experiències de voluntariat, de cooperació, de banc de temps, etc. en són un exemple.

8.3. L'Equip de Vellesa i Família

1. L'Equip de Vellesa i Família (EVIF) va començar la seva feina l'any 1994. Des d'aleshores els programes es realitzen als municipis de Mallorca amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones grans i dels seus familiars. Les intervencions compten amb la col·laboració dels serveis socials d'atenció primària municipals.
2. Els programes entre el període 1994-2000 eren cinc.¹⁴ Un primer programa era *d'atenció psicosocial* per a persones grans en risc que disposava de dues línies, la que es dirigia a les persones grans soles o amb dificultats d'inserció comunitària i una segona adreçada a persones grans amb pèrdues de memòria i que treballava especialment *l'estimulació cognitiva*. L'any 1997 s'havia implementat a vint-i-nou municipis de Mallorca amb una participació de 472 persones.

¹⁴ Barceló, Santiago 2000.

3. El segon programa era de *suport als familiars curadors* de persones grans. Se'ls donava suport mitjançant informació, formació i ajuda mútua, per tal de disminuir els efectes negatius de la síndrome del curador familiar. El treball es realitzava a través de grups de familiars i amb un format de taller. L'any 1997 se'n varen fer a dotze municipis amb una participació de 683 persones.
4. Un tercer programa es dedicava a treballar la *sensibilització comunitària* en el sector de les persones grans mitjançant activitats destinades a afavorir la integració de les persones grans a la comunitat, a garantir el respecte als seus drets i a sensibilitzar la comunitat de les situacions de risc que patien. Aquestes activitats anaven des de la presència en programes radiofònics, o espais a la premsa forana, a conferències, actes conjunts amb persones grans de diversos municipis, exposicions itinerants amb materials sobre l'envelliment, recursos per a les persones grans, etc.
5. El quart programa es dirigia a donar *suport i formació als professionals* dels serveis d'atenció primària municipal que treballaven amb persones grans, bàsicament els treballadors socials i les treballadores familiars del SAD. Finalment, es posà en marxa un programa de *suport a les associacions de persones grans* mitjançant la subvenció d'activitats i l'assessorament per dur a terme activitats més psicosocials, no solament les socioculturals: xerrades sobre temes d'interès per a la salut de les persones grans, l'autocura, etc., així com iniciatives entre generacions.
6. El Consell Insular de Mallorca ha mantingut als llarg dels anys aquests programes, els quals han augmentat considerablement el nombre de participants, que han arribat a prop de les dues mil persones de pràcticament tots els municipis de Mallorca. Igualment s'han mantingut els programes de caire més sociocultural (gimnàstica, ball de saló, conferències sobre la història de Mallorca), si bé des de departaments diferents al de benestar social.
7. Els programes actualment vigents disposen d'una important experiència en la intervenció preventiva amb persones grans i familiars curadors de base comunitària. Com ja hem apuntat, la Comissió de Benestar Social del Consell de Mallorca els inicià durant el bienni 1994-96, quan va crear l'Equip de Gent Gran, que quedà incorporat en el primer Pla Estratègic del departament, que tenia la missió de crear un equip especialitzat en programes per a persones grans amb un caire psicosocial, de prevenció i promoció dels plantejaments envers la integració social de les persones grans i de l'establiment d'activitats per mantenir la seva autonomia i un procés d'envelliment el més satisfactori possible. El Pla Estratègic 1996-1999 va ampliar la intervenció als familiars curadors i aprofundí en la intervenció amb els tècnics dels serveis d'atenció primària municipal. A partir d'aleshores l'equip es denominà de Vellesa i Família,

precisament per la importància que es volia donar al binomi que, com era evident, representava una necessitat social clara.

8. L'Equip de Vellesa i Família sempre ha realitzat la seva intervenció en els municipis de Mallorca, tant amb les persones grans i els seus familiars com amb els professionals del treball social i treballadores familiars, així com amb alguns professionals de la salut interessats en el treball comunitari. Els darrers anys, amb la creació dels centres de dia i amb l'ampliació de la cobertura del programa per a familiars curadors es col·labora amb educadors socials, infermers i fisioterapeutes.
9. Actualment, l'equip segueix organitzat a partir de les seus comarcals de l'IMAS a Palma, Inca i Manacor i ha incrementat considerablement els municipis i els participants. Estaríem parlant de treballar a pràcticament tots els municipis de l'illa i amb una població que ha estat xifrada entre les quatre-centes persones els primers anys fins a les dues mil del període que va dels anys 2002 a 2005. Actualment, es mantenen aquestes xifres considerant els participants en projectes de persones grans, familiars i professionals.
10. Els eixos programàtics amb què l'EVIF dissenyà els primers anys la seva intervenció eren les persones grans, els familiars curadors i els professionals dels serveis socials municipals. El mètode de treball es basava en iniciatives de prevenció primària i secundària (persones grans i familiars en risc psicosocial) i l'objectiu general consistia a superar la visió individual i assistencial en el treball amb persones grans (residències de persones grans, servei d'ajuda a domicili), vinculant la família, la comunitat i els professionals. En definitiva, es pretenia anar més enllà de la intervenció basada en els components de l'activisme sociocultural i dels viatges i balls (dominant en l'estil associatiu de la Mallorca dels 1988 a 1994) i més enllà també de l'assistència pal·liativa a domicili o de la derivació sistemàtica de les persones grans als establiments residencials. L'alternativa passava per aconseguir fer viable i eficaç el treball psicosocial i educatiu amb el sector de les persones grans i les seves famílies a partir dels plantejaments de la psicologia i la medicina comunitària (Carta d'Otawa, Declaració d'Alma-Ata). Es tractava, doncs, de superar la visió individual i fer una aposta decidida per un treball amb la comunitat.
11. L'eina pròpia i específica que es va plantejar i que, encara avui, demostra la seva extraordinària eficàcia i eficiència fou la creació de grups de persones grans i familiars als municipis. Aquests grups defineixen encara un espai de relació, de prevenció i de promoció personal i comunitària i són l'instrument per fer possible el suport als participants i per oferir-los elements pragmàtics de canvi i millora en la seva situació. A més, el grup de persones grans o de familiars curadors presenta distintes característiques d'interès: té un caràcter *transversal* perquè hi col·laboren distints professionals de la comunitat; és *obert*, ja que no funcionen amb mecanismes de

pertinença administrativa (fer-se socis del grup); *adaptable* (hi poden assistir sense més requisits previs que l'edat o ser familiars curadors i, això sí, no tenir un nivell de dependència sever); *creatiu* (es procura que els continguts de treball es renovin i incorporin les propostes dels participants); promou el *canvi* (els serveis socials, entitats o altres serveis com els mèdics ens deriven persones grans o familiars per tal de treballar amb ells i amb el grup alguna millora de la seva situació o de la perspectiva negativa que tenen del seu envelliment). A més, els tècnics de l'equip, professionals de la psicologia, de l'educació i del treball social, realitzam una entrevista de valoració psicosocial als participants per conèixer el nivell funcional, cognitiu, emocional i social de la persona gran; en el cas dels familiars curadors, ens interessam per conèixer el grau de càrrega i així poder ajustar més bé la dinàmica del grup als participants alhora que fem detecció precoç de les situacions de risc.

12. El grup ha demostrat la seva finalitat preventiva i terapèutica. Preventiva perquè aconseguix estimular els participants en els temes que es plantegen (memòria, habilitats socials, sentiments, etc.), perquè promou l'intercanvi d'informació, de criteris i d'estats d'ànims dels assistents i perquè descobrir que altres experimenten el mateix problema i els mateixos sentiments ajuda a convertir la crisi personal en experiència social (Martín [et al.] 1988).
13. Però els grups també tenen un vessant terapèutic, quan fan possible un espai per al canvi en els comportaments personals, potser mitjançant una modificació de les relacions, o amb una nova presa de consciència que ajuda a disminuir l'impacte del sofriment, o quan fem més resilents els participants, que prenen coratge per cercar processos d'adaptació a l'envelliment més bons o, en el cas dels familiars, quan s'adapten d'una manera més funcional a la cura de les seves persones grans.
14. Finalment, no pot obviar-se que el desenvolupament de la Llei 39/2006, com ja hem vist al llarg de l'article, tindrà repercussions sobre l'oferta de programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal. Convindrà, doncs, ser receptius a les noves necessitats i millorar els programes actuals amb la participació de tots els col·lectius.

8.4. Intervenció comunitària amb familiars curadors. Anàlisi i intervenció

1. El col·lectiu dels familiars curadors de persones dependents és un *col·lectiu estratègic* i vulnerable envers el qual les administracions haurien de disposar d'un model d'atenció just, efectiu i eficient. Són les famílies els grups naturals que pateixen i/o gaudeixen de la presència dilatada de les persones grans a les seves vides. A la vegada, ja sigui per obligació o per gust, són els agents *escollits* per la nostra cultura per sostenir i atendre la dependència que, progressivament i inevitablement, presentaran les persones grans.

2. La pèrdua d'autonomia en els humans no segueix una pauta preestablerta i unívoca, ja que existeixen variables que determinen d'una manera molt personal l'evolució d'aquesta dependència o pèrdua d'autonomia. Com tantes coses de la vida, la mateixa cosa pot ser terrible o meravellosa en funció de la manera en què s'entén i dels recursos personals i familiars disponibles per fer-hi front. L'experiència de poder participar en la cura d'una persona gran fins a la seva mort pot suposar una de les experiències més enriquidores en la vida d'una persona, però també es pot convertir en una càrrega amb dinàmiques relacionals malaltisses i patològiques, amb efectes perniciosos per a la salut.
3. Les relacions de sotmetiment, conflictes i, fins i tot, violència establertes entre curadors i dependents són cada vegada més freqüents dins els ambients familiars i els casos de situacions familiars desbordades faran augmentar les demandes d'intervenció dels serveis socials. Són situacions que acostumen a transmetre molta angoixa i impotència.
4. Per tal de poder intervenir en aquests escenaris amb efectivitat, sense perdre el control i mantenint la salut, convé insistir en les repercussions psicosocials de la dependència. Si desplaçam el focus d'atenció de l'usuari al familiar encarregat de la seva atenció, podrem observar la naturalesa sana o malaltissa de la relació de dependència en la qual participen. Podem definir aquests escenaris amb el concepte d'*interdependència*.
5. Aquesta interdependència resulta patològica quan la relació entre curador i persona dependent no permet l'accés a l'autonomia de cap d'ells sense la presència de l'altre. Quan les persones no han establert unes relacions psicosocials prou funcionals, és molt probable que presentin un estat emocional precari que els obligarà a cercar altres persones en qui recolzar-se per sentir-se segures (relació anaclítica de R. Spitz). Sense la presència física i constant de l'altre (pròpia de les etapes primerenques de la infància), l'angoixa fa acte de presència i s'instal·la la fantasia de desintegració. A causa que la confiança bàsica, necessària per a una vivència de seguretat i llibertat, no ha estat assolida en un grau necessari, la por de la persona de ser abandonada sempre és present i la sensació de pau i calma mai no és una realitat mantinguda més enllà d'unes hores.

Si partim d'aquesta vivència d'abandonament i de por, *la presència de l'altre és percebuda com a amenaça i l'absència com a abandonament*. L'observació de la qualitat de la interdependència ens permet començar a entendre la conflictivitat extrema que moltes vegades ens descriuen els familiars curadors amb el malalt o persona dependent, en què sembla clara la dificultat perquè hi hagi pau, respecte i espai entre tots dos (les crisis d'angoixa i ofegament són molt freqüents a la síndrome del familiar curador). És important el fet de veure que no parlam de relacions basades en un sentit de realitat, ja que, si no, no podríem entendre el control que una persona allitada sense cap mobilitat pot exercir sobre un curador trenta anys més jove i sense cap limitació funcional. Només ho podem entendre en termes d'una dependència

creuada recolzada en el xantatge emocional amb anys d'evolució i distorsionats per la manca d'elaboració dels sentiments que desperten. Aquí és on el grup pot aportar la seva funció d'elaboració, perquè conté i reestructura alhora.

6. La comprensió i anàlisi de les dinàmiques relacionals d'interdependència és essencial per a l'abordatge professional d'aquestes disfuncions familiars. Una vegada es comprèn la dinàmica relacional que manté el vincle d'interdependència, és factible dissenyar els programes i intervencions que puguin ajudar a desfer els *nusos relacionals*. Aquestes intervencions han de tenir en compte la naturalesa de la demanda d'ajut que l'usuari o la família reclama. Som davant de persones amb la llibertat extingida a causa d'un vincle de dependència patògen, de fidelitats perverses, establert amb una figura significativa i que té una llarga evolució en el temps. El primer que cercarà aquest curador serà un vincle amb el professional disponible idèntic al que ha establert amb la persona dependent, però invers. L'alternança de rol dominador-dominat en les relacions d'interdependència és sempre present en aquests escenaris, fet que el professional ha de tenir en compte per no caure-hi.

7. Davant aquests casos, algunes de les reaccions més freqüents dels professionals tenen a veure amb els sentiments de frustració, de ràbia o de saturació a causa de la reiteració i la repetició dels mateixos problemes i de les mateixes dinàmiques d'abús. La queixa de l'usuari envers el professional és una reproducció mimètica de les que té el malalt al curador i aquest, en un intent d'alliberar-se'n, la projecta en el professional i el converteix en una espècie de dipòsit per als sentiments i els pensaments no metabolitzats. Si aquesta dinàmica de transferències (desplaçada de la relació amb la persona dependent envers la relació amb el professional) no es pot treballar i elaborar, la relació entre professional i usuari començarà a reproduir, perillosament, trets propis de la relació curador-dependent. El professional pot començar a experimentar signes clars de la síndrome del familiar curador per una manca d'anàlisi i de distància de treball correctes.

8. L'experiència en el treball assistencial amb aquestes persones mostra diversos trets comuns que convé identificar:
 - El familiar curador expressa una incapacitat per posar límits a les demandes extremes que el malalt li fa.
 - Aparició de simptomatologia somàtica en forma de trastorn adaptatiu de tipus ansios i depressiu.
 - El curador està pres pels pensaments catastròfics envers el malalt quan el deixa tot sol, la qual cosa l'obliga a estar constantment al domicili i limita les seves sortides.
 - El familiar es veu com una víctima de la família perquè sobre ell ha caigut tota la càrrega, fet que viu com una gran injustícia i que usa per fer sentir culpables la resta de familiars *perquè no s'ocupen de res*.

- El curador és incapaç de qualsevol canvi.
 - El curador utilitza la descripció de la seva situació com a targeta de presentació allà on va. És pràcticament impossible parlar amb ell de qualsevol cosa que no sigui la seva situació i el seu sacrifici.
9. El professional assistencial es troba davant un repte complex: les demandes d'una família desbordada. No obstant això, el repte real té lloc quan tota la càrrega recau damunt un únic familiar. Quan és una família la que demana ajut, és freqüent que la responsabilitat sigui compartida i el compromís per a una solució és clar. En aquests casos, el treball de col·laboració amb la família per tal d'alleugerir una situació té bon pronòstic. És diferent quan la demanda prové només d'un familiar que es presenta com el curador principal i únic. El discurs d'aquest sempre té un objectiu: que tothom quedi assabentat que és l'únic que se n'encarrega, que és una víctima i que mereix la màxima atenció. Mai no serà prou allò que es pugui fer per ell. El professional farà intents constants per conhortar l'angoixa i el malestar d'aquesta persona, però la demanda no té límit i res no sembla millorar la situació.
10. Lluny del que pot semblar en un primer moment, la dependència malalt-curador no és més petita que la dependència a la inversa. De vegades sembla que no tot és aversiu en aquesta relació, ja que és significatiu que el curador manifesti de vegades que està *encantat (sic)* amb la submissió. Els motius profunds que mantenen aquesta interdependència tenen molt a veure amb vincles (perversos) de xantatge i extorsió emocional establerts entre curador i dependent des dels primer moments de la relació. La separació i la individualització d'aquestes figures (tant del curador com del dependent) no han cristal·litzat suficientment, fet que promou la manca d'elecció autònoma de cada un dels protagonistes (el malalt per la seva dependència funcional i el curador per l'emocional). Semblen units de per vida i, tot i que aquesta situació produeix una ràbia i un malestar intensos, també reproduïx un escenari somiat pels personatges d'aquesta tragèdia romàntica: tu i jo sempre junts, sense que res ni ningú ens pugui separar. És aquest component pervers el que desperta la ira del professional, perquè no pot entendre la recurrència constant del curador a repetir pautes de relació i reforçament de conductes despòtiques del malalt.
11. El grup desfà la recreació d'aquesta relació exclusiva entre dos i resulta un recurs psicosocial excel·lent per poder ajudar els familiars atrapats en dinàmiques d'interdependència, els quals presenten dificultats quasi impossibles de resoldre en el marc d'una intervenció individualitzada a causa de les seves característiques regressives (relació d'exclusivitat amb la figura d'inclinació). Amb el grup, el professional tindrà més opcions per arribar als participants amb més garanties d'efectivitat.

Fins aquí, els elements conceptuals. A continuació podem observar, a títol d'exemple, les principals característiques d'una experiència d'intervenció psicosocial amb familiars curadors.

La demanda perquè s'iniciàs es fonamentà en la quantitat de casos de familiars curadors de persones dependents que arribaven als serveis socials cercant espais d'ajuda per a les seves vivències d'esgotament i aïllament psicosocial. El programa es va plantejar com una passa més en l'atenció dels casos de familiars curadors que, després d'haver participat en el programa psicoeducatiu de formació i suport psicosocial als familiars curadors de persones grans que oferia l'IMAS, requerien una ajuda i un suport més intensos i específics.¹⁵

Espai de suport psicosocial per a familiars curadors en risc

Demanda:

- La idea d'iniciar aquesta experiència pilot sorgeix de les demandes constants que, a través de serveis socials municipals, presenten familiars curadors que estan en situació de risc de patir un trastorn psicosocial.

Tipus/perfil de la població a la qual es dirigeix:

- Familiars curadors derivats pels serveis socials

Variables de dependència i objectius d'intervenció:

- Es pretén aturar el procés de dependència excessiva pròpia de les relacions interdependents entre curador i persona dependent. L'aïllament pot dur a l'aparició de trastorn mental i a un patiment emocional intens. S'intenta oferir un espai de reflexió al curador i aturar el sotmetiment.

Nivells preventius activats:

- Inespecífic, de risc i rehabilitador.

Disseny:

- Equip de Vellea i Família (EVIF).

Descripció:

- Es tracta d'un espai basat en les dinàmiques de treball en grup conduït per un psicòleg i un col·laborador. Els assistents són familiars curadors de persones dependents. El grup el componen: familiars curadors amb experiència, familiars curadors en ple procés de dependència i persones que comencen o preveuen la situació d'haver de curar.

¹⁵ Hem eliminat les dades d'identificació administrativa.

Metodologia:

- A través de serveis socials, els casos que compleixen el perfil de risc es deriven al psicòleg, que els fa una valoració psicosocial. S'inclouen al grup de treball i comença el procés.

Seguiment:

- Revisió d'assistència al grup. Evolució dels assistents.

Incidència sobre les variables de dependència:

- No disposam de valoració objectiva. S'observen canvis qualitius en l'actitud i en l'estat psicològic i social.

Avaluació i possibles millores:

- Projecte pilot amb idea de mantenir-lo de manera estable a la comunitat.
- Reunions de treball entre el psicòleg i el treballador social municipal. Seguiment dels casos i plans de treball.
- Dades qualitatives: satisfacció dels professionals i dels usuaris; reducció de l'ansietat, augment de la informació i capacitat per fer front a les situacions de vida diària en l'atenció a la dependència; vinculació entre els participants i millores en el coneixement dels recursos socials i de les xarxes de serveis.

Finançament i aportació usuaris:

- IMAS.
- Gratuït.

Perfils professionals:

- Psicòleg i treballador social

Observació

- L'objectiu era consolidar un espai comunitari de suport i treball en grup sobre aspectes inherents a les relacions d'interdependència pròpies de curador i dependent. L'eficiència s'aconseguia mitjançant el format d'assistència en grup com a eina d'intervenció.

Reunir, dins el mateix grup, curadors experts, curadors actuals i futurs curadors permet oferir una visió realista i d'experiència a les persones que han de dedicar una part de la seva vida a tenir cura d'un familiar. La freqüència mensual sembla justa per a la vinculació dels usuaris al grup. No obstant això, estaria bé poder oferir aquest espai amb freqüència quinzenal. No està pensat com un espai de formació, sinó de suport i treball en grup. L'assistència és voluntària i no hi ha temps màxim d'assistència. Cada persona que usa l'espai pot decidir quan deixa d'assistir-hi.

12. L'experiència va resultar molt enriquidora i gratificant per als professionals que varen tenir l'oportunitat de viure-la i, sobretot, per als usuaris que es varen atrevir a participar-hi activament. El grup es va convertir en un espai de pensament sofisticat en què persones atrapades en relacions d'interdependència patògena podien replantejar-se el seu paper i responsabilitat en la naturalesa de les seves esclavituds, sense sentir-se jutjats i amb una garantia de confidencialitat.
13. A mesura que el grup es consolidava, sempre basant-se en l'assistència voluntària, els serveis socials podien disposar d'un recurs obert per derivar casos de familiars curadors que demanaven ajuda per a les seves situacions. El grup de familiars curadors es va integrar dins l'oferta de recursos dels serveis socials municipals. La conseqüència general ha estat la consolidació d'aquest espai grupal i la fluïdesa en l'entrada de nous usuaris i en la sortida dels que ja no el necessiten. Aquesta dinàmica ha permès als serveis socials sentir-se més recolzats tècnicament, ja que disposaven d'un recurs psicosocial, més enllà dels ajuts econòmics per a l'atenció a la dependència.
14. La composició del grup és un factor molt enriquidor. Tal i com hem descrit, comptar amb curadors experts, curadors actuals i futurs curadors permet una elaboració molt rica del paper d'un familiar curador. Per als experts, tornar a sentir les experiències que contaven els que en aquell moment tenien cura d'algú els permetia tornar a pensar en les seves experiències passades i poder entendre, per fi, aspectes que no havien quedat entesos al seu moment. A la vegada, atesa la distància i perspectiva amb què comptaven, podien aconsellar els que tenien cura d'algú en el moment present i fer-los veure coses que ells ja havien viscut i que podien veure amb més claredat. Per la seva banda, les persones que s'havien de convertir en familiars curadors en breu, tenien davant seu un escenari privilegiat per tal de prevenir totes les situacions que tant poden fer patir a l'hora de tenir cura d'un familiar dependent.
15. En definitiva, intervenir amb famílies amb membres dependents serà una tasca cada vegada més freqüent per als professionals dels serveis socials. Aquests hauran de comptar amb una formació i uns recursos que els garanteixin poder fer una intervenció efectiva i eficient. El maneig dels *grups de suport psicosocial* pot proporcionar als professionals recursos vàlids per fer front a aquestes demandes tan complexes, al mateix temps que dóna a les famílies els recursos psicoemocionals necessaris perquè l'experiència de tenir cura d'un familiar no sigui viscuda ni com la penitència inevitable que ha de redimir vés a saber quin *pecat*, ni com l'atzar fatídic que s'expressa metafòricament amb l'expressió «m'ha tocat».

Conclusions

1. Les línies d'intervenció preventiva solen posposar-se a les d'assistència personal directa. És un error que es planteja com a inevitable. Les inèrcies dels serveis d'assistència es basen en la dinàmica de la demanda —recurs que és característic de les polítiques a curt termini. A l'inici del camí legislatiu que enceta la Llei 39/2006, no convé perdre l'oportunitat de compaginar les intervencions de caràcter assistencial amb les preventives. El treball comunitari té recursos eficaços per dissenyar aquestes intervencions. La prevenció és un estil de vida que aposta per la racionalització del consum de recursos i per fer sostenible la possibilitat de resoldre les necessitats socials d'ampli abast que impliquin la ciutadania en els canvis en els hàbits i pautes de comportament no funcional.
2. Les condicions socials i demogràfiques actuals tenen un impacte clar sobre la promoció de l'autonomia de les persones grans i de l'atenció a la dependència per part de les famílies. Tot plegat, fa necessari mantenir o implementar nous programes de prevenció per a la vellesa i la família.
3. El present article vol plantejar el potencial de treball i de suport que representen aquests programes. A tall d'exemple, les iniciatives per als familiars curadors de persones grans poden treballar els problemes de soledat, els fonaments de l'autocura davant l'envelliment per tal de mantenir una qualitat de vida bàsica (estimulació cognitiva, relacions socials, habilitats emocionals i socials), considerar les iniciatives de formació per a persones grans (educació sanitària, envelliment i sexe, relacions entre generacions, prevenció i suport davant les situacions de maltractament, etc.), facilitar la introducció de la negociació familiar en el cas de dificultats relacionals que bloquegin el suport a la dependència (o quan l'atenció a aquesta porti una càrrega d'estrès excessiu o poc funcional per als membres curadors), reforçar i promoure els espais de treball interprofessional i de formació i suport en la feina de cada dia (no solament com a espais per a la millora del currículum, sinó com a expressió del treball coordinat capaç de millorar les solucions per als usuaris), etc. Per poder-ho realitzar, *l'administració s'haurà d'implicar activament en la feina de prevenció de la dependència* si volem evitar que, per la pròpia inèrcia institucional, l'administració traspassi tota la responsabilitat de la cooperació als professionals de base i al seu voluntarisme.
4. Els programes preventius de la dependència adreçats a les persones grans tenen, entre altres, els objectius següents: informar dels procés d'envelliment; detectar i valorar les situacions de risc, orientar pautes, hàbits i estils de vida saludable; contenir les situacions de risc que puguin ser reversibles; derivar-les als recursos més adients quan la persona o la família no les poden resoldre satisfactòriament; minvar les causes que actuen sobre els processos no adaptats per assumir la dependència i resoldre les contingències que tenen lloc en els primers estadis de la seva aparició.

5. Els programes preventius de suport als familiars curadors poden tenir, en línies generals, l'objectiu central d'ajudar-los a augmentar la capacitat de contenció i d'atenció a la dependència dels familiars; de millorar la seva informació i formació en les pautes d'atenció diària a la persona gran dependent; de detectar i valorar les situacions de risc; d'equilibrar i restaurar els desajustaments psicosocials que experimenten; de facilitar l'accés a recursos de respir; d'optimitzar i redimensionar l'esforç per a la seva tasca i d'elaborar les situacions de dol.
6. Els dos punts anteriors poden incidir en la compressió de la morbiditat i, per tant, en el retard en l'aparició de discapacitats. En el cas dels familiars curadors, poden evitar o minvar l'aparició de la simptomatologia clàssica i disminuir la morbiditat i el consum de fàrmacs. La manca de suport a la dependència crea més dependència. No obstant això, malgrat les dades actualment disponibles amb relació a l'evidència científica dels programes comunitaris, cal augmentar la capacitat d'avaluació quantitativa i qualitativa dels programes actualment vigents a fi de millorar la capacitat de resposta i d'ajustar les iniciatives i activitats a un més alt nivell d'eficàcia.
7. El nostre punt de partida reconeix la importància de l'optimització del suport social entre iguals. En conseqüència, els programes comunitaris són un instrument d'intervenció que permet la creació d'escenaris de grup i de relació social articulada, en els quals les persones grans ajudin i siguin ajudades. Es tracta d'oferir, amb la perspectiva interdisciplinària de l'educació social, de la pedagogia, de la psicologia, del treball social, de la medicina i, en un altre nivell, de la sociologia, l'antropologia i el dret, espais de suport psicosocial, sanitari i educatiu a les persones grans i els seus familiars per preparar més bé el procés d'envelliment. La missió és promoure la capacitació personal i familiar, treballar els factors estressants associats a l'envelliment i a la dependència, promoure les transaccions interpersonals funcionals a partir de tres estratègies: la relació d'ajuda, la transferència d'afectes i la participació social.¹⁶
8. Calen polítiques socials per a la vellesa i la família que segueixin corregint la situació de doble piràmide inversa pel que fa a la relació entre els costos dels serveis i els beneficiaris als quals es dirigeixen. Cal destinar més recursos econòmics a la intervenció comunitària en aquest sector per tal de capacitar les persones grans, les seves famílies i la xarxa social (entitats, associacions, etc.) per resoldre en la mesura que sigui possible l'atenció a la dependència i el suport a la família dintre de la comunitat. Igualment, s'ha de potenciar la formació especialitzada en treball comunitari per a la vellesa i família.

¹⁶ Poden veure's: Antonucci, Jackson 1990; Pérez Salavona 2001; Antich, Barceló, Santiago 1997 i Barceló, Santiago 1997.

9. Totes les conclusions anteriors no són possibles sense la *cooperació entre les administracions*, especialment a les Illes Balears, on l'organització institucional de les competències i la delegació de la gestió dels recursos (i, en conseqüència, la capacitat de decisió política) està supeditada a la multilateralitat. Massa sovint aquesta multilateralitat, en comptes de facilitar la gestió gràcies al principi de col·laboració i de no duplicació de serveis, resulta un factor per embolicar i alentir les decisions i arriba de vegades a ser una excusa per relaxar-se en el compliment de les funcions marcades per la normativa legal o per deixar que l'afany de protagonisme personal o institucional sigui l'element determinant. Els ciutadans perceben clarament la millora dels resultats quan la col·laboració institucional és bona.

Referències bibliogràfiques

AA.VV. (2001): *Pla Estratègic de les Persones Majors de les Illes Balears*. Palma: Conselleria de Benestar Social. Govern de les Illes Balears.

AA.VV. (2007): *Memòria del CES. Sobre l'economia, el treball i la societat de les Illes Balears*. Palma: Consell Econòmic i Social.

Antich, S.; Barceló, B. J.; Santiago, J. (1997): «La intervenció psicosocial en la vellesa. Una experiència de treball amb grups de majors». Palma: *Enginy: revista del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Balears*, 7, 137-145.

Antonucci; Jackson (1999): «Apoyo social, eficacia interpersonal y salud. Una perspectiva del transcurso de la vida». A: Cartensen, L.; Edelsteinm, B. (ed.): *Gerontologia clínica: Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.

Barceló, B. J. (2008): «La dependència de la gent gran a les Illes Balears». A: Orte, C.: *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008*. Palma: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració; Universitat de les Illes Balears.

Barceló, B. J. (en premsa): «Sistema de Promoció de l'Autonomia Personal i d'Atenció a la Dependència (SAAD) de les Illes Balears». A: *Memòria 2008 del Consell Econòmic i Social (CES)*. Palma: Sa Nostra.

Barceló, B. J.; Cladera, M.; Pérez, A. (2001): «Los programas de intervención comunitaria con mayores (PRICOM)». A: Colom, A. J.; Orte, C. (coord.): *Gerontología educativa y social*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Barceló, B. J. [et al.] (2008): *Els programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears. Informe 2007*. Palma: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Govern de les Illes Balears.

Barceló, B. J.; Santiago, J. (1997): «Epistemologia sistèmica i vellesa. Apunts per a la intervenció psicosocial en la vellesa». *Alimara*, 39, 77-87.

Barceló, B. J.; Santiago, J. (2000): «Necessitats i serveis de les persones grans». A: AA.VV.: *Informe sobre els serveis socials de les Illes Balears*. Palma: Estudis Solidaris i Econòmics «Sa Nostra», 52-89.

Beswik, A. D. [et al.] (2008): «Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis». *The Lancet*, 371, 725-735.

Buz, J.; Bueno, B. (2006): «Las relaciones intergeneracionales». Madrid: Portal Mayores, Informe Portal Mayores, núm.66. *Lecciones de Gerontología*, X.

CIS-IMSERSO (2000): *La soledad de las personas mayores, estudio 2.279. Boletín sobre el envejecimiento*. Madrid: IMSERSO.

Cornes, J. M. (2004): «Ciencia de la prevención: fundamentos y perspectivas. Implicaciones en psicología». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. Barcelona, 31 (2), 86-95

Duocastella, R.; ISPA (1978): *Problemática social de la tercera edad en las Islas Baleares*. Barcelona: Obra Social de la Caixa de Pensions per a la Vellesa i d'Estalvis de Catalunya i Balears.

Fernández, J. A. (1998): *Proyección de la población española*. Madrid: FEDEA.

Green, C. S.; Bavelier, D. (2008): «Exercising your brain: a review of human brain plasticity and training-induced learning». *Psychology and Aging*, 23, 4, 692-701.

Iglesias de Ussel, J. (2001): «La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis Cualitativo». Madrid: IMSERSO

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2009): *Informe 2008. Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.

Martín, A.; Chacón, F.; Martínez, M. (1988): *Psicología comunitaria*. Madrid: Visor.

Ministeri de Treball i Assumptes Socials; Secretaria d'Estat de Serveis Socials, Famílies i Discapacitat; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2004): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO.

Montorio, I. (2007): «Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia». *Intervención Psicosocial*, 16, 43-54.

Novoa, A. M.; Juárez, O.; Nebot, M. (2008): «Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en personas mayores sanas». [Versió electrònica]. *Gaceta Sanitaria*, 22, 5.

Orte, C.; March, M. X. (2008): «Envel·liment, educació i qualitat de vida: cap a la institucionalització de la gerontologia educativa». A: Orte, C.: *Anuari de l'envel·liment. Illes Balears 2008*. Palma: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració; Universitat de les Illes Balears. Càtedra de Gerontologia Educativa i Social.

Papp, K. V.; Walsh, J.; Snyder, P. J. (2009): «Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: A review of current literature and future directions». [Versió electrònica]. *Alzheimer's & Dementia*, 5, 50-60.

Pérez Salavona, M. (2001): «Envejecimiento y participación: ¿necesitamos nuevos enfoques?». *Intervención Psicosocial*, vol 10, (3), 285-294.

Sunyer, J. M. (2008): *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Rennemark, M.; Hagberg, B. (1999): «Gender specific associations between social network and health behavior in old age». *Aging & Mental Health*, 3, (4), 320-327.

Shapiro, A.; Taylor, M. (2002): «Effects of a Community-Based Early Intervention Program on the Subjective Well-Being, Institutionalization, and Mortality of Low-Income Elders». [Versió electrònica]. *The Gerontologist* 42, (3), 334-341.

Triadó, C.; Vilar, F. (2006): *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.

Autors

BARTOMEU J. BARCELÓ GINARD

Porreres 1957. Doctor en Psicologia. Tècnic de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials. Especialista en Intervenció Comunitària per a la Vellesa i la Família, i en Psicologia Evolutiva i de la Música. Professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears i del Conservatori Superior de Música.
tomeu.barcelo@uib.es

ROBERT FERNÁNDEZ GARCÍA

Barcelona, 1972. Llicenciat en Psicologia (UB). Màster en Psicoteràpia Analítica Grupal (Deusto). Postgrau en Detecció, Avaluació i Intervenció en Violència Familiar (UB). Tècnic de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

CATALINA GARCIA GARÍ

Porreres, 1973. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural (UAB) i diplomada en Treball Social (UIB). Tècnica de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

MARIA ISABEL CUART SINTES

Palma, 1974. Llicenciada en Psicopedagogia (UIB). Postgrau en Demències i Alzhèimer (ISEP). Tècnica de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

LA FORMACIÓ EN DEPENDÈNCIA: RADIOGRAFIA D'UNA REALITAT

La formació en dependència: radiografia d'una realitat

Lydia Sánchez Prieto
Carmen Orte Socias

Resum

Els últims anys el nombre de persones en situació de dependència s'ha vist augmentat considerablement i s'han incrementat, a la vegada, les demandes d'aquest col·lectiu. La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, apareix amb l'objectiu de respondre a aquestes demandes i engega un extens ventall de serveis, que han de ser gestionats i manejats per professionals adequadament qualificats. No obstant això, les dades dels dos estudis examinats en aquest article semblen assenyalar que és necessària una formació especialitzada més àmplia i exhaustiva per capacitar aquests professionals seguint el sistema de qualitat exigida per la llei. Per això, es recomana apostar per una formació especialitzada multidisciplinària, orientada a cobrir tant aspectes teòrics com pràctics, especialment basada en cursos de postgrau i d'especialització. A la vegada, reflecteix que el sistema per a l'autonomia personal i atenció a la dependència fomenta l'aparició de noves ocupacions que, principalment, seran cobertes pels professionals més ben qualificats.

Resumen

En los últimos años, el número de personas en situación de dependencia se ha visto aumentado considerablemente, incrementando, a su vez, las demandas de este colectivo. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, aparece con el objetivo de responder a esas demandas, poniendo en marcha un extenso abanico de servicios, que deben ser gestionados y manejados por profesionales adecuadamente cualificados. No obstante, los datos de los dos estudios examinados en este artículo parecen señalar que es necesaria una formación especializada más amplia y exhaustiva para capacitar a estos profesionales siguiendo el sistema de calidad exigido por la ley. Por lo que se recomienda apostar por una formación especializada multidisciplinaria, orientada a cubrir tanto aspectos teóricos como prácticos, especialmente basada en cursos de post-grado y de especialización. A su vez, refleja que el Sistema para la Autonomía personal y Atención a la dependencia fomenta la aparición de nuevos empleos que, principalmente, serán cubiertos por los profesionales mejor cualificados.

1. Un elevat nombre de persones en situació de dependència

Els avenços mèdics i la millora de la qualitat de vida han afavorit una supervivència més gran enfront de malalties físiques i mentals, accidents, alteracions congènites, etc., fet que ha influït en l'important augment de la població gran produït en les últimes dècades.

Aquest fet té a veure amb l'augment de l'esperança de vida: el 1992, aquesta era de 77,25 anys; el 2006 va arribar als 80,85 anys, segons la revisió del Padró municipal del 2008 de l'Institut Nacional d'Estadística (INE). Actualment, es registren a les Illes Balears 145.680 persones de més de seixanta-quatre anys i 17.987 habitants més grans de vuitanta-cinc anys, del total de 1.072.844 persones que hi resideixen. Això significa que hi haurà un 13,57% de la població de les Illes que serà més gran de seixanta-quatre anys, enfront del 8,22% que es registrava el 1920 i el 12,71% el 1981. Per tant, es pot observar l'increment de població d'adults grans en les últimes dècades i destaca, així mateix, el fenomen de sobreenvelliment de la població (un 1,67% de la població és més gran de vuitanta-quatre anys).

Encara així, el nombre de persones grans de les Illes Balears no és tan elevat com el d'altres comunitats autònomes. El constant flux d'immigrants que arriba a les Illes rebaixa l'edat mitjana de la població. Al seu torn, això comporta un augment de la natalitat, que repercuteix en el fet que l'edat mitjana no sigui tan elevada com en altres comunitats. Si s'analitzen els percentatges d'altres comunitats com Castella i Lleó, on un 22,3% de persones són més grans de seixanta-cinc anys i un 3,35% superen els vuitanta-cinc anys, s'observa una gran diferència amb comparació de les Illes Balears. El mateix ocorre amb altres comunitats com Astúries, que presenta un 21,79% de la població més gran de seixanta-quatre anys i un 3% de més grans de vuitanta-cinc anys; o com Galícia, la població de la qual presenta un 21,65% de persones més grans de seixanta-quatre anys i un 3% de persones de més de vuitanta-quatre anys.

Aquest allargament de la longevitat també ha afectat el nombre de persones dependents. Segons les dades del Sistema d'Informació del Sistema per a l'Autonomia personal i Atenció a la Dependència (SISAAD), s'ha produït un increment en el nombre de persones que han sol·licitat les ajudes a la dependència: de 946.087 persones que han sol·licitat les ajudes a la dependència fins al dia 1 d'agost de 2009, 637.033 persones són considerades dependents i amb dret a rebre les prestacions. És a dir, un 76,5% de les persones que han sol·licitat les ajudes són considerades dependents a Espanya. Les dades reflecteixen que el percentatge és una mica inferior a les Illes Balears, on arriba al 73,9% (de les 17.345 sol·licituds presentades, 10.866 es varen valorar com a dependents). Analitzant els resultats, s'observa que existeix una estreta relació entre l'envelliment i la situació de dependència, de manera que la població de vuitanta anys o més representa un 51,4% de la dependència reconeguda a Espanya. Just el contrari ocorre amb els més joves, que representen la població més autònoma, amb 3.158 casos registrats (un 29,1%). A la taula 1 següent, es representa la manera en què, a mesura que s'incrementa l'edat, també ho fa el nombre de població dependent, especialment a partir dels seixanta-cinc anys d'edat.

Taula 1 | Nombre i percentatge de persones dependents segons l'edat i el sexe.

		Tram d'edat											
		Menys de 3 anys		3 a 18 anys		19 a 30 anys		31 a 45 anys		46 a 54 anys			
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%		
Sexe	Dona	1.544	0,3%	11.020	1,8%	11.275	1,9%	22.215	3,7%	17.009	2,8%		
	Home	1.565	0,5%	14.872	4,7%	13.481	4,3%	25.955	8,3%	17.721	5,6%		
	Sense especificar	49	0,2%	370	1,4%	694	2,6%	1.524	5,8%	862	3,3%		
	Total	3.158	0,3%	26.262	2,8%	25.450	2,7%	49.694	5,3%	35.592	3,8%		

		Tram d'edat											
		55 a 64 anys		65 a 79 anys		80 anys o més		Sense especificar		Total			
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%		
Sexe	Dona	26.749	4,4%	158.262	26,1%	351.818	58,1%	5.825	1,0%	605.717	100,0%		
	Home	23.920	7,6%	86.954	27,7%	126.786	40,4%	2.884	0,9%	314.138	100,0%		
	Sense especificar	970	3,7%	3.437	13,1%	7.879	30,0%	10.447	39,8%	26.232	100,0%		
	Total	51.639	5,5%	248.653	26,3%	486.483	51,4%	19.156	2,0%	946.087	100,0%		

Font: Elaboració pròpia a partir de les estadístiques del SAAD.

1.1. L'augment de les demandes

L'envelliment augmenta la probabilitat d'aparició de deficiències, trastorns i malalties propis de l'edat, que impliquen una pèrdua de l'autonomia personal. Aquest concepte d'autonomia es refereix a la capacitat de realitzar activitats de la vida diària, com vestir-se, netejar, cuinar, etc., i a prendre decisions personals per iniciativa pròpia, sobre la manera en què viure en una societat amb regles estipulades. Les persones en situació de dependència, que presenten mancances en algun dels aspectes anteriors, manifesten necessitats que els converteixen en un col·lectiu vulnerable. En els últims anys, a causa de l'augment d'aquest col·lectiu, les demandes s'han ampliat i s'exigeix un ampli rang de recursos per poder-los donar resposta.

A les dades esmentades s'uneix la disminució en el nombre de curadors informals que atenen aquestes persones, arran dels canvis en els perfils de família i de la incorporació de la dona al món laboral. Els familiars, normalment dones, constitueixen fins fa relativament poc la principal font de cures per a la persona dependent però, amb l'evolució professional de la dona, aquesta situació ha canviat. Cada vegada més, les dones abandonen les tasques de curadores principals de la llar per incorporar-se a una ocupació, la qual cosa implica una exigència més gran de serveis a les administracions públiques.

Per cobrir les necessitats d'un sector tan ampli, es promou la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Aquesta llei defensa que el col·lectiu de persones dependents pugui exercir els seus drets de ciutadania, promoure la seva autonomia personal i proporcionar serveis i ajudes econòmiques per atendre les seves necessitats.

Fins a l'aparició de la llei, els serveis socials i els sistemes informals tradicionals de cura de les persones grans d'Espanya eren insuficients per respondre efectivament davant aquest col·lectiu. Segons l'informe de 2004 de l'IMSERSO, en el capítol 9, «Majors en residències», el nombre de places de residències per a persones grans se situava al voltant de 3,78 places per cada cent persones més grans de seixanta-cinc anys i els serveis d'ajuda a domicili només responien a un 3,14 per cent de la població. Cal tenir en compte que aquests serveis s'orientaven a persones més grans de seixanta-cinc anys, amb la qual cosa els joves amb dependència pràcticament no accedien a aquests recursos.

Actualment, amb l'entrada en vigència de la llei, a totes les persones en situació de dependència se'ls reconeix el dret subjectiu a ser ateses. Per a això, es crea el Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència, és a dir, el SAAD, amb l'objectiu de proporcionar les prestacions i els serveis, a més de coordinar aquests des de les diferents institucions sociosanitàries responsables.

No obstant això, la Llei 39/2006 no es limita a oferir serveis, sinó que exigeix qualitat en les prestacions al Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència i als professionals d'aquest. A més, respecte del SAAD, s'exposa que s'han de fixar, en l'àmbit del Consell Territorial, els criteris comuns d'acreditació i plans de qualitat de centres del sistema i que s'acordaran les pautes següents:

1. Criteris de qualitat i seguretat per als centres i serveis.
2. Indicadors de qualitat per a l'avaluació, la millora contínua i l'anàlisi comparada dels centres i serveis del sistema.
3. Guia de bones pràctiques.
4. Cartes de serveis, adaptades a les condicions específiques de les persones dependents, sota els principis de no discriminació i accessibilitat.

De la mateixa manera, es requereixen estàndards de qualitat per a cadascun dels serveis del catàleg i reglaments que regulin i optimitzin el funcionament en centres residencials. S'indica, a més, que s'ha de promocionar la qualitat en l'ocupació i s'ha de promoure la professionalitat i la formació en les entitats que aspirin a gestionar els recursos del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència.

Cal fer especial èmfasi que la Llei de promoció de l'autonomia aposta per una formació completa i multidisciplinària per a professionals i curadors en matèria de dependència. Per això, en l'article 36 de l'esmentada Llei, s'especifica l'obligació que els professionals i els curadors de les persones dependents estiguin qualificats i formats adequadament per atendre totes les necessitats d'aquest col·lectiu. Concretament, se sol·licita als poders públics que promoguin accions i programes formatius per implantar els serveis de la Llei. Per a això, es fomenta la col·laboració de diferents administracions públiques educatives, sanitàries, laborals i d'assumptes socials, així com d'universitats, societats científiques, organitzacions professionals, sindicals, patronals i del tercer sector.

Aquest últim aspecte mereix una anàlisi en profunditat, ja que es converteix en un dels pilars bàsics en els quals se sustenta la qualitat i l'eficàcia de l'aplicació de la Llei. La qualificació d'aquests professionals és un aspecte essencial per assegurar que les demandes del col·lectiu esmentat estan cobertes i que els recursos s'administren i es gestionen de la manera més adequada. La formació especialitzada permet que els experts abastin un rang més gran de persones, a causa del fet que disposen de més habilitats, destreses i tècniques amb les quals resoldre les peticions de diferents tipus. No obstant això, probablement a causa de la recent aplicació de la Llei, encara existeix una manca de formació superior i multidisciplinària en matèria de dependència.

L'objectiu d'aquest capítol és realitzar una primera aproximació a la formació que reben els universitaris que cursen assignatures relacionades amb matèries de dependència, discapacitat, envelliment o promoció de l'autonomia a les Illes Balears. Pretén exposar els continguts que es cobreixen en l'actualitat i els que s'haurien d'impartir. A la vegada, també es fa una breu descripció dels perfils educatius idonis als quals haurien d'acollir-se els experts del SAAD.

2. La situació actual de la formació en dependència

Tal com s'ha comentat, el nombre de persones en situació de dependència va en augment i, al mateix temps, les necessitats que manifesten. Pel fet de tractar-se d'un col·lectiu tan ampli i heterogeni, la petició de recursos és àmplia. És per això que aquests productes o serveis haurien d'ajustar-se a les seves necessitats. D'entrada, s'hauria d'apostar per les adaptacions que els facilitassin les activitats quotidianes, com poden ser els ajustaments en el mobiliari, en els mitjans de transport, en la formació, etc. Però no solament l'acomodació ha de ser material, sinó també professional. Tots els professionals que atenen les necessitats que presenten les persones en situació de dependència i ajuden a donar-hi resposta haurien de formar-se amb un enfocament multidisciplinari que els indicàs les limitacions més comunes que sol presentar aquesta població i la manera en què solucionar-les; que els proporcionàs eines pràctiques per a la resolució de problemes; que els guiàs en l'orientació dels familiars; que els ensenyàs estratègies de relaxació i de control de l'estrès, etc. No obstant això, els plans d'estudi de l'educació superior que es duen a terme en diferents àmbits encara no sembla que proporcionin tots els elements necessaris per a una adequada capacitació dels professionals que atenen les persones en situació de dependència.

A continuació, es resumeixen dos estudis que analitzen la situació actual de la formació en dependència des de dues perspectives complementàries. El primer posa de manifest la necessitat de més formació especialitzada en la temàtica de dependència a les Illes Balears i el segon descriu la percepció negativa que tenen els professionals socio-sanitaris de la seva capacitat per atendre els curadors de les persones dependents. Per finalitzar, s'expliquen els cursos d'especialització que es duen a terme a les Illes Balears per habilitar el personal o els futurs empleats del SAAD.

2.1. Anàlisi de la formació actual a la Universitat de les Illes Balears

A la Universitat de les Illes Balears (UIB), s'imparteixen diferents estudis que abracen disciplines que es relacionen amb l'àmbit del treball amb les persones grans, discapacitades, vulnerables, etc., com poden ser els estudis de fisioteràpia, infermeria, psicologia, educació social, treball social, etc.

Des de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia personal, anteriorment denominada Càtedra de Gerontologia Educativa i Social, es va portar a terme una investigació que examinava les assignatures que s'impartien a la UIB durant l'any 2008, en matèria de dependència, envelliment i persones grans.

La nostra preocupació era conèixer els enfocaments i perspectives que s'adoptaven en cadascun d'aquests estudis, per saber si es compleixen uns criteris mínims que assegurin l'adequada formació dels professionals, tal com assenyala la llei. A continuació, s'exposarà un resum de les dades més rellevants de l'estudi.

2.1.1. Objectius i justificació

L'objectiu principal de la investigació era determinar si la formació universitària en els estudis presos en consideració a la UIB proporcionava una formació suficient per tractar i atendre les persones en situació de dependència o per promocionar l'autonomia personal. Ja s'ha comentat la importància i necessitat que els professionals del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència disposin d'una formació específica i competent per encarregar-se d'aquest col·lectiu més vulnerable i, al seu torn, ser capaços de reaccionar davant els possibles problemes que puguin sorgir. L'estudi pretenia conèixer la manera en què s'instruïa els estudiants i quin nivell de preparació presentaven a l'hora d'incorporar-se al treball.

Per a això, es varen examinar els continguts que s'impartien en els diferents estudis de la UIB. Es pretenia determinar els dèficits en la formació per a l'atenció al dependent, la qualificació a l'hora d'incorporar-se al món laboral, si existia la necessitat de crear nous postgraus o cursos per resoldre les possibles limitacions, quins estudis eren els que promovien una formació sobre les persones grans i eren més propers a la situació del dependent i en quines assignatures i en quin grau s'explicava la Llei 39/2006.

2.1.2. Selecció de la mostra

La investigació es va iniciar examinant tots els plans d'estudi de la UIB, de manera que es varen seleccionar les assignatures que poguessin tenir una relació amb aspectes de dependència, persones grans, promoció de l'autonomia, envelliment, etc. Aquestes assignatures formaven part dels plans d'estudis de les carreres següents:

- Infermeria
- Fisioteràpia
- Treball Social
- Educació Social
- Psicologia
- Pedagogia

- Dret
- Relacions laborals

Els participants de l'estudi varen ser els professors de les assignatures seleccionades. A l'estudi es va comptar amb l'opinió de vint-i-dos professors i es varen analitzar els programes de vint-i-tres assignatures. D'aquestes, n'hi havia tretze que eren de tipus troncal, tres obligatòries i set optatives. Els estudis i les assignatures revisats apareixen reflectits a la taula 2 següent:

Taula 2 | *Assignatures que impartien conceptes vinculats amb la dependència*

ESTUDI	ASSIGNATURA
FISIOTERÀPIA	
	Fisiologia Aplicada 2
INFERMERIA	
	Infermeria Geriàtrica
	Atenció Integral a Persones Majors
	Cures Pal·liatives
RELACIONS LABORALS	
	Dret de la Seguretat Social I
	Dret de la Seguretat Social II
	Dret de la Seguretat Social III
TREBALL SOCIAL	
	Psicologia Evolutiva
	Planificació dels Serveis Socials
	Intervenció Social sobre la Tercera Edat
DRET	
	Dret Civil I
	Dret del Treball i de la Seguretat Social
PEDAGOGIA	
	Pedagogia Social
	Gerontologia Educativa i Social
EDUCACIÓ SOCIAL	
	Educació Permanent i d'Adults
	Sociologia de l'Educació
	Programes Educatius per a la Tercera Edat
PSICOLOGIA	
	Psicologia del Desenvolupament
	Psicologia de l'Edat Adulta
	Psicologia de la Salut
	Rehabilitació de Trastorns Mentals Greus

Font: Elaboració pròpia

2.1.3. Mètode d'investigació

Es va elaborar un qüestionari que incloïa preguntes sobre els aspectes que es varen considerar rellevants per determinar si es tractava el tema de la dependència i en quin grau es feia. L'objectiu era conèixer, en cada assignatura, els continguts i la perspectiva des de la qual s'enfocaven els temes de la dependència o similars i la seva ubicació en el programa, a més del nombre d'hores que es dedicaven a tractar-los. Es va fer una llista d'una sèrie de conceptes i els professors havien de seleccionar els que es presentaven a l'alumne i indicar el nombre d'hores per a cadascun. A la vegada, s'examinava la metodologia que el docent utilitzava per impartir les assignatures, per comprovar si es posaven en pràctica els coneixements adquirits, per exemple, amb dinàmiques, jocs de rol, etc.

A la taula 3 següent s'exposen els continguts sobre els quals es va portar a terme l'entrevista dels docents.

Taula 3 | Continguts del qüestionari per als professors

Continguts
Conceptes
Conceptes de discapacitat i dependència
Característiques de les persones dependents
Envel·liment actiu
Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència i les seves incidències pràctiques
Diferents situacions de dependència al llarg de la vida: infància, joventut, vellesa
Prevalença
Evolució del rol en la societat
Jubilació
Prevenció
Prevenció de la dependència
Educació i formació en promoció de l'autonomia
Discriminació o risc d'exclusió social
Avaluació
Avaluació del grau i els nivells de dependència
Entorn familiar i comunitari
Demandes i necessitats de cada persona
Causes i conseqüències
Possibles causes que han generat o afavoreixen les deficiències
Limitacions i mancances produïdes per la dependència

Patologies físiques i psíquiques relacionades
Característiques nutricionals, degeneració macular relacionada amb l'edat, canvis psicofisiològics, etc.
Capacitats cognitives de la senectut
Atencions sanitàries especials durant l'envelliment
Inadaptació al medi personal, familiar i laboral
Intervenció
Tractaments sanitaris: farmacològic, cures, etc.
Tractaments psicològics
Intervenció social
Intervenció familiar i domiciliària
Plans individuals d'atenció (PIA)
Serveis socials, altres institucions i recursos
Estructura dels serveis socials a les Illes Balears
Funcionament dels serveis socials a les Illes Balears
Coneixement d'altres institucions relacionades
Sistema informàtic d'informació i gestió d'ajudes a les persones dependents
Procediment administratiu per demanar ajudes per a l'atenció de la dependència
Catàleg de serveis i prestacions econòmiques
Seguretat Social, pensions d'invalidesa i jubilació
Centres de la tercera edat
Altres. Especificau-ho:

Font: Elaboració pròpia

Atès que per a l'any acadèmic 2009-2010 es preveia la implantació del Pla Bolonya a la UIB, també es va indagar sobre si el professorat tenia previst realitzar modificacions en el temari. Finalment, se'ls preguntava si consideraven necessari afegir cursos d'especialització sobre la dependència.

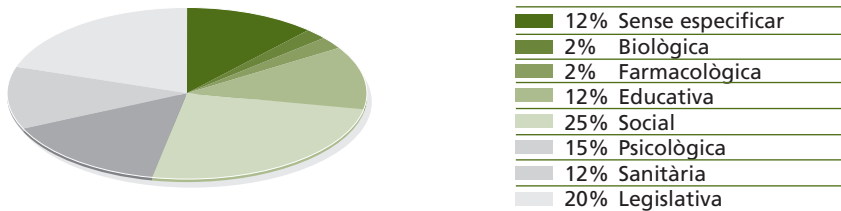
En general, el contacte amb el professorat va ser directe i es va acudir directament a les tutories o es varen concertar cites prèvies, encara que alguns varen contestar per correu electrònic. La relació directa permetia extreure la informació més rellevant i aprofundir en les matèries que el docent confirmava que impartia.

2.1.4. Resultats dels qüestionaris

Per començar, com s'ha comentat anteriorment, es va avaluar la perspectiva des de la qual s'impartia el temari, amb l'objectiu de conèixer el plantejament educatiu del professorat. Això facilitava preveure els continguts inclosos en cada mòdul i l'orientació

de les explicacions. En algunes ocasions, s'oferien continguts amplis que incloïen diverses perspectives, que pretenien afavorir el desenvolupament d'esquemes conceptuals més complets a l'alumnat. A la UIB, la majoria del professorat orientava els continguts de la matèria des d'una perspectiva legislativa i social, encara que també destacaven els enfocaments sanitaris, psicològics i educatius. Cal indicar que alguns no especificaven l'orientació que proporcionaven. Al gràfic 1 següent es reflecteixen les diferents perspectives des de les quals s'impartien les matèries i el grau en què ho feien respecte del total d'assignatures.

Gràfic 1 | *Perspectives teòriques en les assignatures avaluades*



Font. Elaboració pròpia

D'altra banda, es varen analitzar els continguts que es tracten amb més freqüència. Cap destacar que, encara que s'havien seleccionat les assignatures en funció dels continguts exposats en el programa, en vuit dels qüestionaris els docents varen expressar que els continguts que explicaven no es corresponien ni es relacionaven amb l'autonomia personal o l'atenció a la dependència. Això va comportar la reducció de la mostra a quinze qüestionaris.

Segons les dades recollides, a sis de les assignatures es donava informació relacionada amb la temàtica. Encara així, cal destacar que, en alguns casos, no es tenien en compte aspectes que resultaven necessaris per proporcionar uns coneixements mínims sobre dependència. Les assignatures que més conceptes de gerontologia i dependència contenien eren: Cures Integrals en les Persones Majors, Infermeria Geriàtrica, Intervenció Social sobre la Tercera Edat, Rehabilitació de Pacients Crònics, Gerontologia Educativa i Social, Programes Educatius per a la Tercera Edat i Pedagogia Social.

Si ens centram en aquestes assignatures i les agrupam segons l'enfocament disciplinari (sanitari i social), observam una disparitat en els resultats. Les que aborden els temes des d'un enfocament predominantment sanitari orienten el temari a conceptes clínics, d'avaluació i d'intervenció i se centren en el col·lectiu de persones grans. Dedicuen nombroses hores a conèixer la simptomatologia presentada en les malalties, les característiques de

l'envelliment, les intervencions sanitàries, a detectar situacions específiques, etc. És a dir, proporcionen unes estructures sòlides que s'adapten a les particularitats del col·lectiu que tracten des del punt de vista fonamentalment clínic.

Per altra banda, l'enfocament social, majoritàriament, dirigeix els seus esforços a instruir sobre els conceptes següents: les característiques de les persones grans, la prevenció de la dependència, les intervencions comunitàries i socials que s'han de realitzar quan hi ha discriminació o risc d'exclusió, els rols que desenvolupen aquestes persones en la societat i en la família, les intervencions sobre el context i la família, etc., i dediquen també algunes hores als recursos disponibles per atendre els sectors més vulnerables.

Es tracta d'un punt de vista fonamentalment social. Per tant, amb ambdós enfocaments s'abraça un ampli rang de coneixements, relacionats amb els àmbits disciplinaris que els són propis. Seria molt important incloure un punt de vista interdisciplinari en ambdós enfocaments.

La resta d'assignatures, a part de les sis esmentades, se centren en continguts de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a persones en situació de dependència, si bé d'una manera breu. Entre aquests continguts, es poden destacar les estructures dels serveis socials, la intervenció social i les pensions d'invalidesa i de jubilació com els conceptes que es presenten amb més freqüència.

Quant a les modificacions introduïdes pel Pla Bolonya, en general, el professorat no va poder contestar-la perquè els nous plans d'estudis estaven en procés. Entre els pocs canvis prevists figurava augmentar el nombre de conceptes sobre dependència en l'assignatura de Gerontologia Educativa i Social.

2.1.5. Conclusions

D'acord amb la revisió de les assignatures i les entrevistes realitzades al professorat de la UIB, hi ha molt poques assignatures que es vinculin amb temàtiques referents a l'atenció a la dependència i/o a la promoció de l'autonomia.

La llei es basa en dos aspectes principals: promoció de l'autonomia personal i atenció a la dependència. Si s'examinen els estudis de la UIB en funció d'aquests dos aspectes, es pot observar que la prevenció de la dependència es tracta com un aspecte secundari i sense orientar-lo al col·lectiu de persones dependents. Un dels problemes de la pèrdua d'autonomia és que existeixen més intervencions secundàries i terciàries que primàries, a pesar de la rellevància d'aquestes últimes. En els últims anys, mitjançant la promoció de l'educació per a la salut, s'ha començat a conscienciar la societat sobre els efectes positius de la prevenció de malalties, trastorns o estats de discapacitat. Però, a pesar que s'aposta

per impulsar els estudis en aquesta direcció, normalment, en les poques hores lectives que s'atorguen a una assignatura, la prevenció queda en un segon pla i vinculada a altres conceptes.

A l'anàlisi de programes realitzada, es troben a faltar continguts especialitzats en la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a persones en situació de dependència o en cures i atenció a la persona depenent. Això té a veure amb el fet que aquesta llei és molt recent i també que en el moment d'anàlisi dels programes s'estava en ple procés d'adaptació dels plans d'estudi als objectius Bolonya.

El que sí que podem trobar són assignatures especialitzades en gerontologia i geriatria. A pesar que són molt poques, intenten abraçar les nocions principals. No obstant això, cal tenir en compte dues consideracions: la primera, que aquests coneixements no bastaran per respondre les demandes si no es tenen nocions de la Llei i la segona, que no tota la població dependent és gran, així que la capacitat hauria d'ampliar-se de manera transversal als altres sectors de la població dependent.

En general, es podria destacar que, segons el professorat enquestat, les necessitats formatives i les respostes que es donen en aquest moment necessiten més amplitud i profunditat.

Tal com comentam en un altre lloc, les noves possibilitats que ara ofereixen els estudis de grau i, fonamentalment, de postgrau tenen a poc a poc el seu correlat en les noves ofertes formatives amb relació a temes de dependència.

2.2. La percepció de capacitat dels professionals de l'àmbit sociosanitari

Un altre dels acostaments possibles per comprovar si l'educació que s'ofereix als professionals és suficient és preguntant-los a ells mateixos. Això mateix es va fer en l'estudi denominat «Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario en la atención a los cuidadores de personas mayores dependientes», dels autors Izal [et al.] (2003), en el qual s'analiza en quin grau els primers canalitzadors de l'atenció a la dependència, és a dir, els professionals que principalment es vinculen amb persones en situació de dependència, valoren la seva capacitat i la seva formació per atendre les necessitats i les demandes dels curadors.

Els curadors es converteixen en un dels recursos bàsics, per no dir que en la majoria d'ocasions és el principal. No obstant això, sovint pateixen problemes de son, d'estrès, de salut, econòmics, trastorns emocionals i conflictes familiars. Per aquest motiu, és molt important orientar-los, informar-los, donar-los suport, atendre'ls i ajudar-los amb la cura de les persones grans i, així, facilitar-los una tasca que normalment sol ser permanent i àrdua.

En aquest cas, són els professionals sanitaris i socials els que s'encarreguen d'aquestes tasques, a causa del fet que són els contactes més directes dels curadors. El problema sorgeix quan els contactes principals no disposen de formació suficient per proporcionar l'ajuda requerida.

L'estudi d'Izal [et al.] (2003), com s'ha esmentat anteriorment, es basa en l'anàlisi de la mesura en què els professionals sanitaris i socials es perceben com a qualificats per a la cura dels curadors. Els resultats indicaven que existien diferències entre professionals de la salut i dels serveis socials, de manera que els metges i els infermers es perceben com a més capacitats per orientar respecte de la salut, la progressió de la dependència, l'administració de medicaments i tasques de cura, i els treballadors socials es veien més eficaços a l'hora d'assessorar sobre suport i conseqüències de les situacions de dependència.

Cal destacar que els experts expressen que tenen una manca de formació específica que els impedeix respondre de manera eficaç les demandes dels curadors. Aquestes dades coincideixen amb les que s'han extret d'altres països, on també s'emfatitza la insuficiència de formació especialitzada en professionals. Primordialment, s'exposa la falta de formació en aspectes psicosocials i conductuals de la cura (set de cada deu exposen que no han percebut cap formació específica, segons l'estudi d'Izal [et al.] 2003).

Els autors assenyalen que, a Espanya, els serveis socials no es troben suficientment expandits, per la qual cosa serà necessari un esforç més gran dels professionals i afavorir el suport informal. Al seu torn, és imprescindible una òptima coordinació dels diferents sistemes sanitaris i socials per cobrir el màxim nombre possible de demandes, però definint les responsabilitats i els rols que ha d'assumir cadascú.

2.3. Aproximació a la formació especialitzada en dependència a les Illes Balears

A més dels plans d'estudis universitaris, s'han engegat cursos d'especialització amb la intenció de proporcionar bases formatives per als professionals que entren a formar part del sistema.

Des que la llei va entrar en vigència, el passat 14 de desembre de 2006, s'han format 599 persones a les Illes Balears. S'han fet en total 330 hores de formació en matèria de dependència i s'han invertit 26.520 euros. Per a la formació dels professionals, la Direcció General d'Atenció a la Dependència va promoure cursos d'habilitació, que realitzaven una aproximació a la llei, proporcionaven l'estructura teòrica dels aspectes més importants i guiaven l'alumnat en les actuals intervencions realitzades a les Illes Balears. Aquests cursos es corresponen amb els exigits en l'article 36 de la Llei 39/2006 i s'explicaran amb més deteniment a l'apartat de qualitat del sistema.

Durant els mesos de març i maig de 2008, la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia va continuar la tasca formativa, va realitzar dues edicions de cursos presencials basades en una estructura similar a les de la Direcció General d'Atenció a la Dependència i va incorporar l'avaluació dels coneixements adquirits. Actualment, s'ha optat per substituir la modalitat presencial per la modalitat en línia, de manera que s'aposta per una formació accessible per a tots els usuaris. El nou mètode permet a l'alumnat flexibilitat horària i accés continu des de qualsevol lloc, a més de resolució dels dubtes mitjançant una tutoria constant. A partir d'ara, s'apostarà per aquesta línia per acreditar els professionals del SAAD.

Aquests cursos són impartits pels experts de l'àmbit de la dependència i segueixen l'estructura que es mostra a la taula 4 següent. Com es pot observar, divideix la llei en parts i emfatitza les que considera que tenen més importància. Aquests continguts s'imparteixen en aproximadament vint-i-cinc hores, en les quals s'inclouen continguts teòrics i continguts pràctics.

Taula 4 | Continguts dels cursos en formació en dependència i promoció de l'autonomia oferts per la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal

Tema	Continguts
1	Continguts i incidències pràctiques de la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
2	Els programes de prevenció de la dependència.
3	Procediment administratiu en la demanda, valoració i resolució d'ajudes en dependència.
4	Processos de valoració des del punt de vista mèdic, psicològic i del treballador social.
5	Utilització del barem de valoració del grau de dependència.
6	Introducció al sistema d'informació i gestió d'ajudes a les persones dependents.
7	Estructura del sistema d'atenció a la dependència a les Illes Balears i catàleg de prestacions econòmiques i serveis.
8	Pla individual d'atenció (PIA).

Font: Elaboració pròpia

La principal característica d'aquests cursos és que aporten els coneixements exigits per la llei d'una manera ràpida i eficaç. Resulten de gran utilitat i són rendibles, perquè en poques hores permeten sintetitzar els aspectes més importants i fer-los comprensibles i pràctics per als usuaris. El seu objectiu és també habilitar els professionals per poder treballar en el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència i per donar a conèixer la llei.

No obstant això, s'ha de tenir en compte que aquests cursos responen específicament al coneixement dels principals apartats de la llei i, per tant, són de molta utilitat per als

professionals del sistema que ja hi treballaven, que es dediquen a aspectes administratius o que no mantenen relacions directes amb el dependent. Però no s'ha de confondre amb la formació especialitzada i global sobre matèries de dependència, necessària per als experts que tracten de manera directa amb aquestes persones. La capacitació que es requereix exigeix un nombre més gran d'hores i de continguts.

3. La formació de professionals per a l'atenció a persones dependents

Com s'ha comentat, en els últims anys s'ha produït un fenomen d'envelliment de la població, que es veu influït per aspectes demogràfics, mèdics i socials. Aquest fenomen es correlaciona amb l'augment de la població en situació de dependència, que cada vegada demana més serveis per cobrir les limitacions físiques i mentals que pateix. No obstant això, aquest augment coincideix amb la crisi en el sistema de curadors informals, que fins fa relativament poc era el principal suport d'aquestes persones. Com s'ha de reaccionar davant aquest increment de demandes i de curadors informals? Formant amb qualitat els professionals i proporcionant-los continguts i habilitats suficients per afrontar les nombroses exigències.

3.1. Factors explicatius de la necessitat de formació de qualitat

L'increment de les demandes vinculades a dependència en els últims anys és un fenomen provocat per múltiples causes, que exigeix disposar de professionals capacitats. Lourdes García (2006), en el seu article titulat «*La situación de los sistemas de formación y cualificación de las ocupaciones en la atención a las personas mayores*», fa una reflexió de l'escassetat de formació de qualitat en alguns treballadors de l'atenció a la dependència, com són els auxiliars d'ajuda a domicili i els gericultors (personal que més temps passa amb aquestes persones). Segons l'autora, existeixen una sèrie de factors que expliquen l'augment de les peticions de cures i que afecten la demanda de personal qualificat per atendre aquest sector poblacional. A continuació, s'exposa un resum dels motius que l'autora descriu en el seu article i se n'hi afegeixen altres, l'esment dels quals també resulta enriquidor.

a) Factors referits a l'envelliment de la població

El sector de persones grans cada vegada augmenta més, a causa, en gran part, de l'increment de l'esperança de vida. Per tant, també ho farà el nombre i la tipologia de les demandes. Aquesta heterogeneïtat en les demandes reclama la incorporació de més professionals i l'adaptació contínua als nous perfils que sorgeixen. La qualificació dels professionals es fa imprescindible tant per oferir serveis de qualitat i cures òptimes, com per renovar les actuacions dels professionals que es dediquen a aquest sistema.

b) Factors referits als canvis socials

La demografia no solament es veu afectada per un augment de la longevitat, sinó també

per una disminució significativa de la natalitat. Això provocarà modificacions en les estructures familiars i disminuirà la població juvenil i sana, amb més possibilitat de donar suport i ajuda als més grans o vulnerables.

Generalment, són les dones de mitjana edat les principals curadores de les persones amb característiques especials. No obstant això, la seva recent incorporació al món laboral ha estat el factor detonant de la crisi de curadors informals. El problema és que es veuen obligades, en molts casos, a ocupar funcions laborals i a aconseguir un sou, ja que les economies de mercat manquen d'incentius per pagar «sous familiars» als homes. Però no és l'únic factor que predisposa les dones a desvincular-se de l'obligació de cuidar els familiars: s'ha evolucionat envers un rol social diferent, en què la dona delega les seves responsabilitats en altres curadors i familiars i s'incorpora al món laboral.

En altres ocasions, és la *falta d'adequació i de compaginació entre la vida laboral i la familiar* la que fa que disminueixi el nombre de naixements.

Com a conseqüència, les dones han d'abandonar o interrompre la vida laboral si volen tenir fills, així que moltes opten per retardar la maternitat, renunciar-hi o bé reduir el nombre de fills. La principal conseqüència és que *es minimitzen les famílies nombroses*, que assistien els membres més vulnerables de la família i els servien de suport. També influeixen *els canvis en el consum*, que requereixen l'augment de la renda i obliguen les economies familiars a tenir dues persones perceptores d'ingressos.

D'altra banda, la joventut també aposta per desplaçar-se de nuclis rurals a urbans i per separar-se de les famílies. *La mobilitat geogràfica* contribueix al fet que els familiars més directes visquin allunyats de les persones grans.

En els últims anys, s'han creat *nous perfils familiars*, de manera que cada vegada són més heterogenis; apareixen matrimonis de fet, augmenten els divorcis i les separacions, etc.

No cal oblidar que sorgeixen *noves expectatives i desitjos d'independència de les persones grans*, que es reflecteixen en la seva persistència per seguir a la llar.

Tot això incrementa la necessitat de curadores estrangeres que, la majoria de vegades, no estan adequadament qualificades per poder proporcionar l'atenció adequada. Això, a curt termini, perjudica la persona dependent i, a llarg termini, el sistema d'atenció a la dependència.

c) Factors referits a l'evolució de les polítiques gerontològiques

Es promociónen *les polítiques de salut i de benestar que donen suport a l'envelliment actiu*. Aquestes protegeixen la capacitat de les persones grans per decidir per elles mateixes i per

participar activament en la societat. Sens dubte, és una mesura que afavorirà la qualitat de vida. Aquests beneficis són evidents ja en les polítiques gerontològiques, que aposten per *l'autonomia personal*.

Aquestes noves línies d'actuació exigeixen més *qualitat en la prestació de serveis* i això contribuirà que els organismes i les societats científiques ofereixin formació qualificada als professionals.

L'augment d'aquest sector de la població, juntament amb la disminució de curadores informals, comporta més *oportunitats de trobar ocupació* en els serveis a domicili. Aquests serveis es podran dur a terme a temps parcial, cosa que facilitarà la inserció en el mercat laboral de persones amb càrregues familiars, amb condicions especials o amb dificultats d'inserció. El que es destaca en aquest punt és que les polítiques indiquen que serà indispensable que els treballadors disposin d'una formació coherent amb la tasca que ocupen. Per això, es torna a apostar per una qualificació efectiva dels professionals.

d) Factors referits a l'estat de reforma del mercat de treball i de les polítiques d'ocupació i de formació.

Es permet *oferir programes educatius a grups determinats i amb necessitats específiques*, gràcies al mandat de la Comissió Europea (2004) que es realitza juntament amb el mercat de treball.

Una de les evolucions més significatives impulsades per la reforma és que s'ha de superar la tendència del personal a romandre sense actualització de la formació teòrica i pràctica durant la vida laboral. Es considera necessari *el foment de l'educació permanent*. En la mateixa línia d'actuació, també es coordinen els esforços de les administracions generals i locals amb totes les institucions d'ocupació i de formació, per garantir *l'acreditació i el reconeixement dels experts* i així permetre la seva mobilitat per tot el territori espanyol.

Al seu torn, es busquen mètodes, com els nous jaciments d'ocupació, per *potenciar la productivitat econòmica i millorar els perfils dels serveis*.

Per tant, la necessitat de qualificació professional es converteix en un fenomen multicausal, que es veu accelerat pels progressius canvis socials i polítics. Sens dubte, és imprescindible que els treballadors que es relacionen amb un sector de la població tan vulnerable siguin competents i que apostin per la qualitat. La societat evoluciona i produeix una gran quantitat de demandes i, al mateix temps, hi ha de respondre de manera efectiva.

3.2. El sistema de qualitat

Abans de desenvolupar aquest punt, hem de reflexionar sobre el significat de «qualitat». Existeixen nombroses definicions d'aquest concepte; no obstant això, es podria definir, de manera superficial i des de l'enfocament que ens ocupa, com la necessitat de detectar les persones que seran objecte de la normativa, de determinar les seves demandes i cobrir-les amb recursos, per obtenir benestar; tot això, seguint pautes molt delimitades que avalin la màxima efectivitat del procés.

En la dependència, la qualitat ha de basar-se en dos principis bàsics; d'una banda, centrar *l'atenció en la persona*, cobrir les seves necessitats, promocionar la seva autonomia i millorar les seves condicions físiques, psicològiques, socials i funcionals; d'altra banda, assegurar *cures permanents*, que garanteixin la seva efectivitat en totes les situacions de vulnerabilitat.

La qualitat en la formació és imprescindible; tant, que la Llei 39/2006 també la preveu, concretament en el títol II, que tracta de la qualitat i l'eficàcia que ha de tenir el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència. Aquest capítol pretén establir uns mínims de garantia de qualitat i promoure'n la millora.

Però, *com exposa la Llei 39/2006 el concepte de qualitat?* La normativa exigeix que es compleixin unes determinades pautes reglades en la presentació i gestió dels serveis i indica el mètode que s'ha d'aplicar per assolir l'optimització dels recursos.

Per començar, s'especifica la tipologia dels serveis que s'han d'oferir, a més de les característiques que han de presentar per respondre adequadament als perfils dependents. És a dir, per assegurar l'optimització dels recursos s'estableixen criteris bàsics d'acreditació de qualitat, tant per a les entitats i institucions que ofereixen els serveis com per als professionals que els desenvoluparan. Tot això es durà a terme tenint en compte que és el benestar de la persona dependent el que es persegueix i, per tant, s'han de respectar i tenir compte sempre els seus drets.

A la vegada, no n'hi ha prou a implantar el sistema de qualitat, sinó que és indispensable revisar les intervencions, modificar el sistema sobre la base dels canvis emergents de la societat i sancionar les actuacions indegudes i perjudicials.

No cal oblidar que s'ha de desplegar un sistema d'informació que permeti reflectir l'estat i els resultats de tot el procés. Per propulsar i garantir aquests recursos serà imprescindible obtenir un finançament permanent, suficient i sostingut.

Cal destacar que la gestió adequada i eficaç dels serveis no seria possible si no fos per la capacitat dels professionals que la duen a terme. Aquest és un punt en el qual s'ha de

fer especial èmfasi, ja que no és suficient que aquests recopilin informació en matèria de dependència, sinó que s'han de cohesionar i enfortir els coneixements i s'ha de facilitar el desenvolupament d'habilitats adequades per treballar-la.

La correcta capacitat dels experts és un aspecte en el qual s'ha d'invertir temps i recursos, per posteriorment poder recollir els fruits d'aquest esforç. Així ho reflecteix Francisco de las Marinas en la seva ponència «Calidad. Acreditación de los centros de servicios. Formación.» (2003). L'autor indica que existeixen tres determinants necessaris per garantir la qualitat en el Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència. Aquests determinants serien:

1. *El mercat i l'equilibri entre les seves lleis de competència*, és a dir, ha de mantenir-se equilibrada la balança de demandes i ofertes, de manera que es creïn tants recursos com necessitats tingui el col·lectiu.
2. *La legislació* ha de procurar que:
 - a. Es compleixin uns requisits per acreditar les institucions i els centres encarregats d'aplicar serveis i prestacions.
 - b. El sistema d'informació sigui clar i accessible.
 - c. S'investiguin les intervencions i el procés, alhora que es penalitzin, si existeixen, les irregularitats.
 - d. S'aposti pels avenços.
 - e. Es tinguin en compte els requisits de personal.
3. *La capacitat professional* ha de ser l'adequada. Aquesta capacitat serà la que determinarà els resultats. De vegades, a Espanya, es pot observar que alguns professionals del sistema de la dependència no presenten els perfils convenients, així que, per assegurar els resultats adequats, s'ha d'apostar per estudis de postgrau i per l'experiència.

Si s'analitzen els tres factors necessaris per assegurar l'eficàcia de l'aplicació de la llei, s'observa que tots estan relacionats amb la necessitat d'una formació de qualitat. Per començar, el nombre de recursos que es requeriran estarà en funció de les competències dels empleats. Per exemple, si un valorador de grau i nivell de dependència està format apropiadament, podrà detectar les barreres arquitectòniques de la llar amb una agudeses més gran que un altre no format o sabrà a quins aspectes ha de parar esment segons les peculiaritats de l'usuari. Segurament, aquestes habilitats li permetran desenvolupar l'entrevista amb més rapidesa i efectivitat i, així, poder cobrir un nombre més ampli de subjectes. Per aquest motiu, l'optimització en la instrucció ajudarà a disminuir el grup de recursos que seran necessaris.

El segon punt, referent a la legislació, determina la quantitat (nombre d'experts per àrea) i la qualitat, és a dir, determina els perfils més aconsellables en cada àmbit d'especialització. És evident que les persones que respondran més bé a aquestes exigències seran les que presentin una experiència més gran i una instrucció més bona.

La capacitació del professional reflecteix la necessitat que els professionals adquireixin una acreditació, com s'indica en l'article 36 de la Llei 39/2006. Aquesta acreditació no serà concedida si no es demostra l'adquisició de suficients coneixements per respondre satisfactòriament a la demanda d'aquest sector de la població.

La qualitat serà el principal indicador que es respecten els drets personals i proporcionarà més cohesió social i un accés més gran a condicions d'equitat. Cal emfatitzar que, perquè un servei sigui de qualitat, haurà d'integrar-se en el sistema i tant necessari serà que compleixi les condicions exigides com que els recursos es gestionin d'una manera adequada. Per a això, una formació eficaç serà essencial; així es reflecteix en els factors esmentats, que assenyalen que per acreditar un sistema de qualitat caldrà que les persones responsables i participants en aquest procés estiguin competentment capacitades.

3.2.1. Els criteris bàsics de formació a les Illes Balears

A les Illes Balears, es va aprovar el 14 de febrer de 2008 *la resolució de la consellera d'Assumptes Socials, Promoció i Immigració, per la qual es regula l'habilitació de les persones que han de dur a terme les funcions establertes en els procediments d'execució de la Llei 39/2006*. Aquesta resolució indica els requisits que han de complir els valoradors del grau de dependència i els treballadors socials del Programa Individual d'Atenció o PIA. En ambdós casos, la tercera condició és «haver rebut formació teòrica i haver assistit amb aprofitament als cursos teoricopràctics impartits per la Direcció General d'Atenció a la Dependència, quant al programa i professorat, o entitat a la qual se li delegui o encomani aquesta formació, sense perjudici dels cicles de formació professional o ocupacionals impartits per les conselleries o els organismes autònoms competents en matèria d'educació, treball i formació, reciclatge i perfeccionament dels empleats públics de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears». Per tant, a l'àmbit insular, s'exigeix com a mínim una formació específica en matèria d'atenció a la dependència (a més de la universitària o de grau mitjà pròpia del professional) i es fomenta la renovació dels conceptes i els avenços constants.

A la vegada, en la resolució s'exposen els criteris mínims i comuns que han de seguir aquests cursos d'especialització.

Es determina el nombre d'hores (mínim quinze hores) i els continguts bàsics que s'exigeixen, que són:

- a. Formació general sobre normativa, tramitació, procediment i gestió del SAAD.
- b. Valoració de la situació de dependència.
- c. Elaboració del Programa Individual d'Atenció (PIA).
- d. Enregistrament i valoració de l'aplicació informàtica SISAAD.

S'exposen també una altra sèrie d'elements rellevants. Es detalla que la Direcció General d'Atenció a la Dependència determinarà el contingut formatiu dels cursos en anunciar-los i difondre'ls. A més, s'especifica que «les persones que no depenguin d'una administració pública competent en matèria de dependència, o dels organismes autonòmics o entitats de dret públic o privat a qui s'hagi encomanat dur a terme actuacions derivades de l'execució de la normativa vigent en matèria de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, que assisteixin als cursos formatius obtindran un certificat acreditatiu de la formació que, en el seu moment, en cas de complir la resta de requisits, se'ls convalidarà amb l'habilitació regulada en aquesta Resolució». Finalment, també s'exposa que la Direcció General d'Atenció a la Dependència només podrà homologar els cursos realitzats abans de la resolució si compleixen tots els requisits anteriorment esmentats.

Si s'examina el que dictamina la normativa sobre els cursos formatius, es pot observar que tan sols s'estableixen les bases mínimes. Es fa una aproximació a la Llei i a la seva gestió, es proporcionen esquemes teòrics als professionals i es compleixen els requisits esmentats. Però, tal com s'indicava a l'apartat de «Formacions especialitzades en dependència a les Illes Balears», no resultaran suficients per respondre a la multitud de peculiaritats que presenta un col·lectiu tan sensible. Per tant, per promoure un sistema de qualitat, s'ha d'apostar per una instrucció especialitzada. La formació especialitzada dels executors del sistema no es pot limitar únicament a aspectes vinculats amb la normativa, sinó que serà necessari conèixer les característiques de les persones a tractar, els seus cicles evolutius, la manera d'atendre'ls, etc. A més, s'ha de fer des d'una institució competent i amb els recursos adequats per garantir la qualitat, com és la Universitat.

3.3. Continguts teòrics bàsics de la formació en atenció a la dependència

Des del nostre criteri, la formació que s'hauria de promoure és la que proporciona uns fonaments basats en coneixements de gerontologia i, especialment, de prevenció i atenció a la dependència. L'ídoni és que es prevegin diversos enfocaments (psicològic, social, educatiu, sanitari, legislatiu, etc.), perquè obtinguin una visió exhaustiva i completa. Per altra banda, s'han d'especialitzar en els seus àmbits d'actuació. Per aconseguir-ho, es podria apostar per cursos o estudis especialitzats, o bé per dividir la formació en dues parts: una secció comuna per a totes les carreres i una altra d'especialització. A més,

l'experiència que s'adquireix a mesura que es realitzen les pràctiques és una manera de contribuir a l'especialització.

Al final del procés formatiu, l'alumnat ha de disposar d'un bagatge cognitiu sòlid i complet que li permeti intervenir de manera efectiva. En la taula 5 següent es recullen alguns conceptes importants que haurien de preveure's en una formació completa en aquest àmbit.

Taula 5 | Continguts necessaris en la formació de l'atenció a la dependència

Estructura general dels coneixements

Conceptes bàsics

Dependència i autonomia personal

Drets humans i principis ètics

Envel·liment actiu

Conceptes i abreviatures que s'empren en la Llei 39/2006

Actituds, prejudicis i estereotips que poden afectar la persona gran

Característiques de les persones en situació de dependència

Particularitats de les persones

Dades sociodemogràfiques

Contexts, entorns, etc.

Exclusió social o risc de discriminació

Característiques nutricionals, canvis psicofisiològics, etc.

Aspectes evolutius

Les diferents situacions de dependència al llarg de la vida: infància, joventut, maduresa i senectut i les principals característiques

Evolució social del rol en la societat

Capacitats cognitives de la senectut

Aspectes clínics

Malalties vinculades a l'edat i a la situació de dependència

Sintomatologia de les malalties

Prevalença i comorbiditat entre malalties

Atencions especials durant l'envel·liment: curadors necessaris

Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

Objectius promoguts per la llei

Parts de la llei

Incidències pràctiques

Sistema d'aplicació i gestió de la llei des de la comunitat autònoma pròpia

Prevenició de la dependència

Pautes de prevenció de la dependència i estratègies de promoció de l'autonomia

Programes comunitaris de prevenció

Programes sanitaris de prevenció

El paper del curador en la prevenció

Beneficis de la promoció de l'autonomia personal: educació i formació

Estructura del Sistema d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia personal**Administracions públiques encarregades i coordinació d'aquestes**

Empreses privades col·laboradores

Principals actuacions

Valoració del grau de dependència**Graus i nivells de dependència: puntuacions**

Avaluació de l'entorn familiar i comunitari

Barems de valoració de la dependència: BVD i EVE

Diferents escales del barem i l'aplicació de la puntuació

Procediment administratiu**Processos des de la sol·licitud de la dependència fins que s'ofereix una resolució final****Catàleg de serveis i prestacions****Prestacions econòmiques**

Serveis: de teleassistència, ajuda a domicili, centres de dia i de nit, residències

Sistema Informàtic del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència**Gestió de les dades**

Utilitat del sistema: proporció instantània de dades, consulta de l'estat de l'expedient, revisions, etc.

Programes individualitzades d'atenció (PIA)**Característiques dels PIA**

Desenvolupament dels programes personalitzats

Demandes i necessitats de cada persona

Manera de negociació amb les famílies

Intervenció social segons les característiques del medi

Intervenció familiar i domiciliària

Aspectes legals i ètics relacionats amb l'envelliment**Ajudes per discapacitat**

Ingressos en institucions

Incapacitació i tutela

Testament vital

Font: Elaboració pròpia

Cal destacar que un dels aspectes més importants que s'han de tenir en compte i que sovint s'oblida amb aquest tipus de col·lectius és que s'hauria de promocionar la seva autonomia, afavorir la participació activa en totes les activitats que poguessin realitzar i en la presa de decisions per iniciativa pròpia. Per això, els programes de prevenció primària, secundària i terciària són especialment importants.

Un altre dels continguts que resulten bàsics a l'hora de tractar amb persones grans és conèixer les característiques bàsiques de la seva edat, com poden ser les malalties, la deterioració fisiològica o els trastorns mentals. El motiu és que si s'està familiaritzat amb aquestes simptomatologies es podrà distingir entre els estats propis de l'edat i els que indiquen un empitjorament de la situació i, per tant, un possible augment de la situació de dependència. El coneixement de les peculiaritats afavorirà el reconeixement de la simptomatologia i la intervenció primerenca.

Els ensenyaments no haurien de preveure solament nocions teòriques, sinó que s'haurien d'incorporar pràctiques, dinàmiques i assaigs que ajudassin a desenvolupar eines i tècniques per afrontar les situacions diàries més comunes i habituals. Al seu torn, ja que es tracta d'un col·lectiu de persones tan sensibles i vulnerables, el personal hauria de posseir unes actituds positives envers aquestes i una de les funcions dels ensenyaments en aquest àmbit ha de ser donar suport a les maneres correctes i guiar les reflexions poc efectives. Les guies de la bona pràctica han d'acompanyar aquesta formació.

3.4. Requisits dels formadors: habilitats i actituds

Les persones dependents experimenten un important malestar quan prenen consciència que han perdut autonomia personal i es veuen limitats en molts aspectes i activitats de la vida diària. Aquest malestar es veu accentuat si, a més, no tenen o perden el familiar o conegut que els ajuda a vèncer les limitacions. Per això, serà necessari que el personal que interactua amb ells mostri actituds que facilitin l'aparició de situacions agradables i satisfactòries. Els resultats de les intervencions es veuran condicionats per la relació que es mantingui amb els professionals que les apliquen.

Per tant, a més dels coneixements i de les habilitats que s'assenyalaven en l'apartat anterior, els professionals haurien de posseir una sèrie d'actituds i qualitats que garantiran un tracte agradable. Aquestes competències i actituds permetran que els treballadors puguin dedicar-se no solament a aquest sector de la població sinó que podrà estendre's a tots els que presentin condicions especials.

Pel que fa a aquesta qüestió, una condició bàsica entre els professionals és que no existeixin *prejudicis ni discriminació per l'edat* sobre les persones dependents i les persones grans.

Aquests podrien provocar actuacions inadequades o que no s'ajustassin a les necessitats de la persona. Un exemple d'això seria quan no es dona una resposta adequada a la problemàtica emocional de les persones grans, que sol ser a causa d'una formació insuficient en salut mental dels metges d'atenció primària (Bane 1997). Han d'evitar-se també les idees prefixades sobre determinats contextos i grups de classes socioeconòmiques determinades. Per això, els professionals han de revisar les seves percepcions i actituds i prevenir les conseqüències negatives al llarg del procés. Una vegada més, això s'aconseguiria a través d'una formació en aquest aspecte, que ajudaria a aconseguir un estat de salut i social més bons, més autonomia i menys institucionalització.

Un requisit essencial per a gairebé totes les tasques és posseir les eines comunicatives que permetin una *conversa empàtica i assertiva*. Els professionals han de ser capaços de transmetre informació, resolucions, decisions i d'orientar de manera assertiva, alhora que han de ser receptors actius de suggeriments, queixes i informació personal. La comunicació

es fa essencial per acaronar la intervenció professional que, en molts casos, és rebuda amb una actitud defensiva. Aquesta característica serà essencial en els professionals que negocien el PIA amb les famílies, ja que afavorirà els acords.

La capacitat de coordinar actuacions amb diversos equips professionals socio-sanitaris, que permeti l'intercanvi d'informació entre les diferents àrees, és una altra característica necessària per a aquest tipus d'ocupació. Les intervencions han de ser multidimensionals, les diferents àrees d'actuació han d'interaccionar per promoure l'objectiu final: viure amb la màxima qualitat possible. És imprescindible saber treballar en equips mixts que puguin tenir diferents perspectives o opinions. Per això, s'ha d'aprendre a *respectar* els companys i valorar la seva intervenció i intentar que l'acció conjunta aconsegueixi cada vegada resultats més efectius i productius.

Al mateix temps, s'ha de tenir *consciència de les obligacions* que impliquen cadascun dels rols i de les tasques que comporten les seves ocupacions. Amb l'acceptació del lloc de treball, s'han de realitzar les funcions de la manera més idònia. No obstant això, també es comprometen a conèixer les limitacions de cada rol professional i a no sobrepassar-les. Els experts han d'assumir les seves responsabilitats, però també, haurien de *delegar en altres professionals* els aspectes que no pertanyen a les seves competències. I per a això serà imprescindible tenir adquirits esquemes mentals de les funcions de professionals d'altres àrees, per saber a qui dirigir les demandes.

La capacitat de *reflexionar* sobre les pròpies actuacions, d'avaluar els resultats i de *rectificar els errors* serà un predictor de professionalitat important. Totes les persones acaben cometent errors, però la diferència neix en les persones que hi recapaciten i els corregeixen amb l'afany d'optimitzar els resultats finals.

Els requisits anteriors afavoriran que es proporcioni un clima agradable i càlid, en el qual es respectin els seus drets i es lluiti per obtenir el benestar. S'haurien de valorar aquestes competències a l'hora d'ascendir un empleat o de reconèixer els seus assoliments, ja que són fomentadors de serveis de qualitat.

4. Propostes de formació

Anteriorment, en les intervencions dominava el model medicoassistencial, centrat a cuidar i reparar les funcions danyades, mitjançant intervencions tècniques i terapèutiques.

Però, gràcies al reconeixement de la igualtat en els drets humans i a les noves lleis, com La Llei d'integració social dels minusvàlids (LISMI) i la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, s'exigeix igualtat entre tots

els ciutadans i s'ordena una especial atenció perquè puguin gaudir dels seus drets. Per això, el model ha canviat i no solament proporciona cures sinó que també aposta per la promoció de l'autonomia personal. Actualment, es persegueix un enfocament social, que aposta per la prevenció de la dependència i per l'estimulació de les capacitats de les persones. En concret, intenta minimitzar i retardar les limitacions en el funcionament, disminuir els danys provocats pels dèficits ja apareguts i habilitar l'entorn per possibilitar la participació en les activitats de la vida quotidiana. No obstant això, existeix una escassa formació orientada en aquest sentit.

Com s'ha explicat, la situació de dependència és un concepte multifactorial que necessita respostes diverses i individualitzades per a cadascun dels casos. Per aquest motiu, la formació dels professionals que els atenen ha de ser multidisciplinària i global, per poder comprendre les possibles particularitats de cada situació. Al seu torn, han d'estar preparats de manera específica en el seu camp d'actuació per oferir tractaments eficaços i programes personalitzats.

Cap destacar que també s'ha d'apostar per un enfocament biopsicosocial, en el qual no s'oblidin els *factors cognitius*. És important combatre els errors psicològics comesos amb aquest tipus de persones. Per començar, s'ha d'evitar el fenomen de «gerontologia d'excés d'incapacitat», que es refereix a un gran deteriorament provocat pel desús de les capacitats preservades, que no són conseqüència directa d'un estat de fragilitat física o malaltia i que presenten un caràcter reversible. Aquest concepte es refereix a l'atribució errònia de simptomatologia dependent d'una malaltia quan, en realitat, el motiu és un altre. Aquesta tasca d'impedir un excés d'incapacitat s'aconseguirà gràcies a la figura del curador.

Per altra banda, la pèrdua d'autonomia està altament vinculada al nivell d'autoestima personal i, per tant, de la percepció d'autoeficàcia. Els experts han de realitzar una aproximació càlida a la persona per assegurar que admetran la intervenció i facilitar-los l'adaptació a la nova situació, en què es veuen limitats i necessiten l'assistència d'una tercera persona per ajudar-los en la realització de les activitats bàsiques. És a dir, el fet de trobar-se delimitats en funcions que anteriorment realitzaven de manera independent pot provocar que disminueixi la seva visió d'autoeficàcia i, de la mateixa manera, l'autoestima. Pel fet que es tracta d'una situació tan especial, la necessitat d'ajuda pot provocar-los malestar, així que serà imprescindible que s'intenti suavitzar la situació i s'empatitzi amb ells per facilitar l'adaptació i assimilació dels nous curadors.

En totes les situacions, la intervenció ha d'estar orientada al dependent, als familiars i curadors i a la pròpia comunitat. No n'hi ha prou a tractar el dependent sinó que cal abraçar també els elements que l'envolten i amb els quals es relaciona; s'han d'evitar les conseqüències negatives produïdes pel desgast de la cura diària en els familiars i s'ha d'habilitar l'entorn per promoure l'autonomia personal. Per aquest motiu, les actuacions

han d'estar planificades, orientades i dirigides al dependent i, al seu entorn, han de facilitar la posada en marxa de canvis i millores en els diferents nivells.

S'ha d'indicar que, ja que existeixen diferents necessitats per part d'aquest col·lectiu, també hi ha perfils laborals variats. En alguns casos, no s'exigirà una educació tan intensiva, especialment per als llocs que no es relacionen de manera tan directa amb la persona dependent. Si s'agrupassin els perfils, es podrien fer tres grups diferenciats pel grau de formació que necessiten presentar. Normalment, els serveis que necessiten més mà d'obra, ja que són més pràctics, són els que generen un volum d'ocupació més gran. Existeixen nombroses classificacions per definir les diferents tipologies laborals que es donen a l'hora d'atendre les persones grans però, en aquest cas, s'ha optat per dividir-los segons la dificultat, la durada i la intensitat que ha d'exigir-se en la formació, d'una manera similar a la classificació que es proposa en el capítol 10 del *Llibre Blanc sobre la Dependència* (2004). Els tres perfils serien:

1. *Perfil professional de baixa qualificació.* En aquest cas, es refereix al personal que té menys contacte directe amb el col·lectiu. Normalment, són persones que ofereixen serveis com bugaderia, cuina, neteja, transport, etc. Així que, encara que els beneficis d'aquestes tasques siguin per als dependents, no hi ha una relació directa, amb la qual cosa l'adquisició de coneixements no serà tan necessària. S'aconsella que facin cursos de poques hores, que els orientin sobre algunes característiques essencials que els puguin repercutir a l'hora d'executar els seus treballs com, per exemple, les dietes baixes en sal o en colesterol per als cuiners. Aquesta tipologia laboral no serà tan demanada com les altres dues següents. El gran avantatge és que podran utilitzar aquesta educació sobre cures especials per dedicar-se a altres sectors també vulnerables.

2. *Perfil professional de mitjana qualificació.* Aquest tipus d'empleats són els més demanats, però no obtenen una remuneració tan elevada com els d'alta qualificació. La característica més rellevant d'aquests empleats és que són els que es relacionen de manera més directa amb les persones dependents i les ajudes que proporcionen són de caràcter més pràctic. En aquesta tipologia s'engloben els auxiliars d'infermeria, els curadors formals, els animadors socials, etc. Per a aquest grup augmenta la necessitat de formació, perquè seran els primers a atendre les demandes, a trobar els problemes i a prendre decisions importants. Aquesta relació directa amb els usuaris els obliga a tenir un nivell de qualificació més alt, motiu pel qual, en aquest cas, s'apostarà per un ensenyament que abraci els aspectes més rellevants. Al seu torn, a l'hora de seleccionar aquest personal, s'han de tenir en compte especialment les habilitats i actituds que presenten, ja que, com es comentava anteriorment, serà essencial que tinguin predisposició i motivació per ajudar-los, que siguin conscients de les seves obligacions i respectin els drets, a més del fet que proporcionin una conversa empàtica i assertiva. Les habilitats que presentin condicionaran el benestar de l'usuari i proporcionaran més comoditat i predisposició per participar i adaptar-se a la nova situació.

3. *Perfil professional d'alta qualificació.* El desenvolupament d'algunes tasques, com la valoració de la dependència, l'elaboració dels plans PIA o el diagnòstic de les malalties dependrà d'un col·lectiu que tingui nivells educatius elevats. En aquest cas, es necessita la intervenció de professionals amb estudis superiors que tenen una formació àmplia sobre gerontologia, dependència i envelliment, nocions específiques sobre l'àmbit en el qual s'han especialitzat, com podria ser medicina, fisioteràpia, etc. El nivell de responsabilitat és el més alt, ja que les decisions preses seran decisives per al benestar de la persona. Al seu torn, també han de ser capaços d'intervenir amb rapidesa i precisió, per això, han de disposar d'eines que els orientin en les actuacions de la manera més idònia per a cada cas. En aquest cas, serà necessari que sàpiguen treballar en equip i coordinar la informació que tenen, generant i processant suggeriments i possibles idees que beneficiïn l'usuari. Probablement, seran els llocs més ben remunerats, però també els que exigeixin complir més requisits i menys places d'ocupació presentin.

En totes les regions es presenten equips multiprofessionals que han de ser capaços de coordinar les seves accions per afavorir l'usuari i proporcionar-li el màxim nombre de beneficis. Per promoure una intervenció completa, serà necessària la participació d'experts de diferents àmbits que prestaran els seus serveis per a un fi comú: una més gran qualitat de vida. Però, per a això, serà necessari que tots parteixin d'una base de coneixements sobre les característiques del col·lectiu amb el qual treballen i actituds positives que afavoreixin la interacció eficaç amb ells.

La funció de les administracions públiques és garantir que s'han format aquests equips, que es coordinen adequadament, que responen a les necessitats i també ha de servir per corregir, orientar i sancionar, si fos necessari, les tasques que no siguin adequades. Al seu torn, s'han de finançar de manera permanent i incrementar les places a mesura que augmenta la demanda.

Com s'ha comentat, cada perfil necessitarà formacions diferenciades però, sens dubte, la formació de què s'ha parlat durant tot el capítol és la que pertany al grup de professionals d'alta qualificació. Per això, es detallarà la manera en què s'hauria de dur a terme l'actuació en aquest cas.

Per començar, com s'ha indicat, una base sòlida de coneixements, àmplia, global i integradora de les diferents disciplines, és indispensable. Per això, s'hauria d'oferir un ensenyament sobre la matèria des que s'inicien els estudis universitaris. En els estudis esmentats de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la Universitat de les Illes Balears i en l'estudi de Lourdes García Bermejo denominat «La situación de los sistemas de formación y cualificación de las ocupaciones en la atención a los mayores dependientes», s'observa la necessitat d'adquirir coneixements especialitzats de dependència.

Respecte d'això, una bona opció és optar pels estudis de postgrau (expert, especialista, màster) a partir d'una formació general de grau. Aquests permetrien aprofundir en els coneixements des d'una perspectiva biopsicosocial que permetés proporcionar tècniques i habilitats suficients i profitoses per respondre les demandes de les persones dependents i solucionar amb efectivitat els possibles conflictes que es donen diàriament. Aquests haurien de ser impartits per acadèmics especialitzats i experts que actualment ja gestionen, coordinen i apliquen la Llei 39/2006 i per altres professionals que ajudassin a comprendre les particularitats de les persones en situació de dependència.

No s'ha d'oblidar que, malgrat que els professionals s'hagin integrat adequadament i estiguin altament qualificats, l'actualització sempre és necessària, especialment quan l'aplicació d'una llei és tan recent com la Llei d'atenció a la dependència. Contínuament, les necessitats dels col·lectius varien; incorporen o modifiquen les demandes i, per tant, les innovacions i les reformes en els serveis i les prestacions també han de ser actualitzades. Per aquest motiu, els professionals han de procurar renovar els seus coneixements i estar al corrent dels últims informes rellevants respecte d'aquest col·lectiu. Per a això, existeixen diferents formes d'accés a la formació permanent, entre les quals es trobarien:

- Cursos específics que instruïssin sobre les novetats més significatives i orientassin sobre les modificacions més influents, és a dir, resultats de les anàlisis de la realitat, noves necessitats i manera de gestionar-les, canvis en els rols familiars i de l'entorn, nous decrets de llei o permutacions en les tendències de les prestacions més sol·licitades, entre altres.
- Seguiment de les novetats en pàgines web, mitjans de comunicació, associacions i institucions especialitzades.
- Revisió de les investigacions més recents que aborden el tema.

5. Jaciments d'ocupació

La nova llei, considerada el quart pilar de l'estat del benestar, pretén donar cobertura a la majoria de les demandes de la societat dependent. No obstant això, com s'ha comentat al llarg del document, juntament amb l'increment de la població sènior també ho han fet les demandes de serveis i s'espera que la tendència segueixi augmentant els pròxims anys. Així es reflecteix, per exemple, en el nombre de sol·licituds demanant l'ajuda a l'atenció a la dependència, ja que han passat de 10.486 el maig de 2008 a 16.054 el gener de 2009, solament a les Illes Balears. A Espanya, el creixement registrat ha estat semblant; el maig de 2008 s'havien registrat 374.000 sol·licituds, segons l'Observatori Nacional de la Dependència, i 725.411 el gener de 2009.

Aquesta intenció de cobrir les exigències es converteix en un important repte per a les administracions públiques encarregades d'aplicar la normativa. És una gran aposta que necessita gran inversió financera i de serveis. No obstant això, apareix un problema: de vegades, aquestes entitats presenten recursos limitats, tant en personal com en infraestructures i serveis. Per això, la nova llei afavoreix la creació de nous llocs de treball que ajudin a resoldre la situació, tant a l'administració pública com a l'empresa privada.

A continuació, s'exposen les tendències principals (les tres primeres) en la generació d'ocupació destinada a persones que han perdut autonomia i altres de complementàries, la demanda de les quals s'està incrementant en els últims anys. Algunes es reflecteixen en l'article «Políticas sociales y prestaciones de las personas dependientes y sus familias», d'Ángel Rodríguez (2005).

1. *Serveis d'atenció a domicili*: els empleats serveixen com a ajudants de les persones dependents i els faciliten la vida diària. Els ajuden en tasques de la casa, a realitzar les activitats bàsiques per a les quals es veuen limitats (vestir-se, cuinar, menjar, dutxar-se, etc.).
2. *Residències*: Si s'analitzen les places residencials disponibles a l'àmbit nacional, s'observa que dos terços són de caràcter privat. Actualment, es confia en aquests centres i en els seus serveis com a suport dels públics. No obstant això, com s'ha comentat en l'apartat de formació de qualitat, s'han de presentar una sèrie de requisits per obtenir l'acreditació de centre de qualitat i, així, poder passar a formar part dels centres habilitats pel SAAD.
3. *Centres de dia i de nit*: Aquests serveis proporcionen més ajuda que els serveis domiciliaris (reduïts a hores diàries) i menys que els residencials (que s'ocupen tot el dia dels dependents). No obstant això, actualment, no són dels recursos més utilitzats, es troben en una segona línia d'actuació. Es preveu que la seva demanda vagi en augment en els pròxims anys.
4. *Serveis de respir*: són residències o centres que acullen les persones grans, però únicament durant períodes delimitats: vacances, Nadal, caps de setmana, etc.
5. *Assistència sanitària a domicili*: cures i rehabilitació a la llar.
6. *Orientació a les famílies, als curadors i a les persones dependents*: es proporciona informació sobre la situació, els drets, les obligacions i els serveis, a més d'orientar-los i resoldre qualsevol dubte que puguin presentar.
7. *Formació dels curadors informals*: se'ls ensenya la manera de professionalitzar les

tasques que han estat realitzant i es complementen les mancances educatives que puguin presentar, per trobar ocupació com a curadors d'altres persones dependents. Se'ls facilita la inserció laboral.

8. *Serveis de transport per a persones limitades físicament.*
9. *Ensenyament de tècniques per promoure l'autonomia personal:* se'ls instrueix en el que han de fer per prevenir graus més alts de dependència.
10. *Adaptació i habilitació del domicili:* se'ls ajuda a habilitar el domicili, a eliminar les barreres arquitectòniques i a adaptar compartiments i instal·lacions per facilitar-los les activitats diàries.
11. *Assistents personals:* ajuden al desenvolupament d'activitats laborals o educatives a persones que, per la seva situació de dependència, no poden exercir-les, però que mentalment estan capacitats i presenten la iniciativa i la motivació.
12. *Estratègies psicològiques per al control emocional i la prevenció de la síndrome d'esgotament professional:* es proporcionen eines suficients als curadors informals i a les famílies perquè afrontin la situació tan bé com puguin i per prevenir la síndrome d'esgotament professional, per controlar l'estrès generat i evitar episodis de depressió o un estat anímic baix.

Probablement, seran les ajudes en el domicili les més demanades i, per tant, una de les oportunitats més favorables per als emprenedors. Mitjançant les ajudes a la llar, es permet que la persona pugui romandre a ca seva, de manera que s'afavoreix el seu benestar. Destaca l'estada en el propi domicili com el fomentador més gran del benestar, tal com es reflecteix a l'estudi CIS «Sobre las personas mayores», de 1998 (Borjano 2005), en el qual es valoren les preferències, les expectatives i la comoditat de les persones grans.

En la línia de l'àmbit privat, es pot destacar una línia d'empreses que es denomina Acció Social Empresa (ASE), l'objectiu de la qual és proporcionar ajuda i atenció a la societat o a la comunitat, però amb la promoció dels seus interessos empresarials. És una actuació encaminada a resoldre les necessitats socials, a arribar als seus objectius econòmics i les seves aspiracions. Segons l'article «La acción social de la empresa dirigida a las personas mayores: análisis de citación y perspectivas de desarrollo en España», de les autores Sarah Ali i Carmen Valor (2008), és una de les opcions més recomanades per generar ocupació en l'àmbit privat.

No obstant això, en l'anàlisi que conclouen les autores, es revela que, a pesar que existeix una alta consciència de la problemàtica de les persones grans entre les empreses, l'actuació

i la popularitat d'aquestes temàtiques és reduïda. Cal indicar que les caixes d'estalvi i les companyies de telecomunicacions són una excepció d'aquesta baixa intervenció. No ocorre el mateix en les societats que ja han invertit en aquests col·lectius, que aposten per la tercera edat i assenyalen que cada vegada els negocis orientats a les persones grans obtindran més valor i proporcionaran més beneficis. A les ONG es veu un compromís més gran amb aquest col·lectiu, ja que expressen un sentit de responsabilitat més gran. Les ONG indiquen que es produirà un canvi, però que serà lent i que, perquè es produeixi, serà necessari que augmenti la participació de les entitats privades.

Per tant, tots els serveis orientats a les persones grans són una oportunitat d'inversió i de crear empreses sòlides que ofereixin llocs de treball. Seran totes les empreses que anticipin les trajectòries del sector i que actuïn amb anterioritat les que es convertiran en punts de referència.

A l'àmbit públic es veurà també un foment important dels treballs i serà en el sector dels serveis socials on emergiran més llocs d'ocupació. Serà precisament en aquest àmbit on s'exigirà una capacitació més gran dels empleats, s'exigiran nivells elevats de coneixements de gerontologia i, especialment, de matèria vinculada amb l'atenció a la dependència. És més, com s'ha comentat en altres apartats, s'exigirà una acreditació formativa, en què es demostrï que s'han adquirit com a mínim els conceptes bàsics i imprescindibles. Per això, serà el sector públic el que impulsarà que els professionals busquin desenvolupar competències suficients per poder accedir al sistema.

Un aspecte important és *la coordinació i l'adequada administració dels serveis*. En molts casos, no bastarà una tipologia d'ajuda, sinó que serà necessària la intervenció de diferents tipologies, combinades convenientment. Per exemple, podria ser que una persona necessitès teleassistència durant el dia per a la realització de les activitats bàsiques diàries i, durant la nit, vigilància, com la que s'ofereix en els centres de nit. Així, tant en el sector privat com en el públic, serà imprescindible una connexió i un intercanvi d'informació entre els recursos, per fomentar l'eficàcia en l'aplicació dels serveis.

Per tant, s'haurà d'apostar per la creació de noves empreses i de nous serveis que serviran per proporcionar ocupació a nombroses persones, alhora que se soluciona la problemàtica del col·lectiu de persones dependents. De la mateixa manera que ocorria amb la formació, les noves ocupacions haurien de seguir uns estàndards que asseguraran la qualitat, per poder avançar amb seguretat i efectivitat.

Però, què es consideraria una ocupació de qualitat? En quins aspectes podrien sentir-se interessats els professionals? Com respondrien els nous perfils laborals a les expectatives dels treballadors? Per determinar si l'ocupació és de qualitat s'haurien d'examinar les condicions que duen subjectes i valorar si responen a les expectatives dels treballadors. Entre

els aspectes que es consideren a l'hora d'optar per una ocupació es podrien destacar, entre altres, els següents (molts es descriuen a l'article «La atención a personas dependientes en Europa: conceptos actuales y perspectivas futuras» (Cameron, Moss 2007)):

- Sou
- Horaris i flexibilitat horària
- Estabilitat
- Estatus social
- Igualtat d'oportunitats
- Bon clima laboral: tracte entre companys, amb els caps, etc.
- Nivell de compromís
- Ajudes socials
- Formació inicial i continuada
- Possibilitat d'ascens
- Autonomia
- Lideratge
- Coordinació família i treball
- Nivells d'estrès

Algunes característiques s'avaluen com a més favorables que unes altres a l'hora d'optar per una ocupació. L'oportunitat d'ascens, el reconeixement de l'estatus i la igualtat d'oportunitats sembla que són algunes de les condicions que més es cuiden en aquest tipus d'ocupació. Fins fa poc, existien nombrosos prejudicis a l'hora d'abordar les temàtiques de la tercera edat i es propiciava una escassa valoració dels oficis vinculats. No obstant això, *el reconeixement de la tasca social* que realitzen aquestes persones s'ha vist fomentat gràcies a la popularitat que ha adquirit la normativa. Aquests canvis en la valoració comporten una millora general, visible en les condicions laborals, com els salaris, les condicions bàsiques, etc. El mateix ocorre amb *l'estabilitat*, que és una de les característiques més positives que presenten, motiu pel qual una majoria de persones opten per intentar adquirir un lloc

en aquest tipus de sistemes laborals. Al seu torn, un fet que ha aconseguit incrementar l'interès en aquest tipus d'oficis és que el sector públic assegura que es financin de manera permanent els serveis prestats.

Sens dubte, una de les condicions que resulten, o acabaran per resultar, més positives serà *la formació inicial i continuada* que rebran els empleats, ja que, com s'ha comentat, és important que parteixin d'una base formativa sòlida i que persegueixin l'actualització constant. Existeix un gran suport des de les administracions públiques al sorgiment de nous projectes formatius, que disposin el personal per assumir les noves tasques. Altres vegades, són les entitats mateixes les que promouen la formació. La promoció de capacitació és un indicador de qualitat en l'ocupació, ja que permet que les persones puguin optar a llocs més privilegiats, canvis de treball o, fins i tot, ser contractats en altres àmbits amb característiques similars. De manera que, perquè l'ocupació respongui a barems de qualitat, no solament ha d'oferir condicions laborals adequades, sinó que, a més, ha d'apostar perquè els empleats estiguin suficientment capacitats i s'esforcin per actualitzar els seus coneixements.

No ocorre el mateix amb el sou, la flexibilitat horària i els nivells d'estrès, que es podrien veure més desatesos. *El sou i la flexibilitat* horària encara han d'optimitzar-se, ja que són molts els empleats que assenyalen que són insuficients. Encara així, igual que ocorre amb el reconeixement social, aquests dos aspectes han millorat els últims anys. Probablement, la principal queixa que es pot extreure d'aquestes ocupacions són *les altes càrregues de treball* acumulades. És un sistema nou que ha de respondre a una gran quantitat de demandes, en el mínim temps possible, per la qual cosa les exigències de resultats són elevades. La posada en marxa d'aquesta llei és relativament recent i les sol·licituds registrades de demandes d'ajudes són moltes, així que els empleats poden veure's sotmesos a situacions estressants. Per tot això, resulta tan rellevant l'adequada capacitació dels professionals, perquè disposin d'eines i habilitats suficients per enfrontar-se a aquestes càrregues.

Malgrat tot, els beneficis seran múltiples i diversos, no solament per a la població, sinó també per a l'economia estatal, tal com indica Ángel Rodríguez en el seu article «Políticas sociales y prestaciones de servicios a las personas dependientes y a sus familias» (2005). Es promouran *avantatges econòmics*, com la disminució dels pagaments per atur i l'augment de les quotes a la Seguretat Social. Al mateix temps, augmentaran els ingressos de l'IVA i de l'Impost de Societats dels prestadors, de l'increment de la recaptació de l'IVA via consum i de l'increment de la recaptació de l'IRPF aplicable als salaris dels treballadors. No cal oblidar que, amb les mesures preses, les estades hospitalàries i les visites ambulatories es reduiran, de la mateixa manera que es previndran possibles malalties físiques i trastorns anímics i ansiosos. Per tant, i tenint en compte les condicions fins ara esmentades, s'haurien de preveure tots els aspectes avantatjosos i fomentar i impulsar ocupacions destinades a atendre les persones en situació de dependència.

En resum, i reprenent els punts més rellevants del capítol, es podria indicar que el gran increment de les persones en situació de dependència, juntament amb els nombrosos canvis polítics i socials produïts els últims anys, com la incorporació de la dona al mercat laboral, han influït en l'augment significatiu en les demandes d'aquest col·lectiu. Aquestes persones demanen serveis múltiples i heterogenis, adaptats a les seves particulars característiques, a més de professionals que coneguin les seves limitacions i estiguin capacitats per cobrir les deficiències i per promocionar, quan sigui possible, l'autonomia personal. Amb la finalitat de cobrir aquestes demandes, sorgeix la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

Per respondre de manera efectiva i satisfactòria, serà imprescindible la qualificació d'aquests professionals. Haurien de poder acreditar coneixements multidisciplinaris de gerontologia, atenció a la dependència i promoció de l'autonomia personal, entre altres, a més d'especialitzar-se en els seus camps d'actuació. També és recomanable que tinguin actituds i habilitats que afavoreixin la relació i el vincle amb un col·lectiu tan vulnerable com és el de persones en situació de dependència.

Els resultats dels dos estudis exposats sobre aquesta qüestió assenyalen que existeix una necessitat de formació especialitzada més extensa i exhaustiva. Per això, s'aconsella donar suport als cursos d'especialització existents i impulsar l'aparició de noves iniciatives formatives de més durada i que abastin un nombre més gran de continguts teòrics i pràctics, com podrien ser els estudis de postgrau. Aquesta formació ha d'estar basada en el sistema de qualitat que s'exigeix a la Llei 39/2006, per garantir que aquestes persones siguin ateses correctament i que els recursos siguin aprofitats en la mesura de les seves possibilitats. El model d'intervenció que actualment predomina aposta per la promoció de l'autonomia personal i per l'atenció a la dependència, afavoreix que aquestes persones gaudeixin dels seus drets com a ciutadans i adjudica la responsabilitat que sigui així a les administracions públiques.

Amb la llei es promouen noves ocupacions que proposen diferents perfils d'especialització, que van des de l'atenció constant i directa amb la persona dependent a intervencions tècniques que habilitin l'entorn per facilitar les activitats diàries a la persona. Fins i tot les empreses privades podran optar a participar en el Sistema per a l'Autonomia personal i Atenció a la dependència i podran oferir els seus serveis per cobrir les demandes que l'oferta pública no pugui cobrir. Els professionals més capacitats seran els que, principalment, podran accedir a aquests nous llocs de treball, per la qual cosa s'aconsella que s'aposti per la formació com a mesura d'inversió.

S'ha de fomentar l'aparició de nous perfils de professionals altament qualificats que puguin respondre especialment a les demandes expressades pel col·lectiu de persones dependents

i també, si és possible, a les d'altres persones vulnerables o amb característiques similars. Això s'assolirà, al seu torn, amb la millora de les condicions laborals que promouran una ocupació de qualitat. Educar amb qualitat és apostar per un futur de qualitat.

Referències bibliogràfiques

Ali, S.; Valor, C. (2008): «La acción social de la empresa dirigida a las personas mayores: análisis de la situación y perspectivas de desarrollo en España». *Revista española del Tercer Sector*, 8, 39-67.

Bane, S. (1997): «Rural mental health and aging: implication for case Management». *Journal of Case Management*, 6 (4), 158-161.

Berjano, E. (2005): «Dependencia y calidad de vida en las personas mayores». *Revista Multidisciplinar Gerontología*, 15 (3), 144-154.

Cameron, C.; Moss, P. (2007): «La atención a personas dependientes en Europa: conceptos actuales y perspectivas futuras». *Intervención psicosocial*, 16 (1), 7-22.0

De las Marinas, F. (2003): *Calidad. Acreditación de centros de servicios. Formación*. Ponència presentada al VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, Valladolid, Espanya.

Fernández, P. (2008): «Formación y cualificación de profesionales y cuidadores en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia». A: Cayo, L.; Moral, O. (coord.): *Las Dimensiones de la Autonomía Personal: Perspectivas sobre la Ley 39/2006*, 125-149.

García, L. (2006): *La situación de los sistemas de formación y cualificación de las ocupaciones en la atención a los mayores dependientes*. Madrid: Portal de Mayores, Informes Portal Mayores, 23. IMSERSO.

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bermejo-situacion-01.pdf>>.

IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Madrid: Ministeri de Treball i Assumptes Socials.

INE (2006a): *Encuesta Nacional de Salud. Tablas nacionales, 2006*. <<http://www.ine.es/>> (20 d'agost de 2009).

INE (2008): *Padrón municipal: explotación estadística*. <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L=0>> (20 d'agost de 2009).

Izal, M. [et al.] (2003): «Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario en la atención a los cuidadores de personas mayores dependientes». *Geriatría y Gerontología*, 38 (4), 203-211.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. (BOE núm. 299 de 14 de desembre).

Losada, A. (2004): «Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas de intervención». Madrid: Portal de Mayores, Informes Portal Mayores, 14. IMSERSO.
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>>.

Márquez, M.; Losada, A.; Pérez, G. (2005): *Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores*. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 32. IMSERSO.
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-habilidades-01.pdf>>.

Montorio, I. (2007): «Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia». *Intervención psicosocial*, 16 (1), 43-54.

Moretón, M. F. (2007): «Derechos y obligaciones de los mayores en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia». *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 70, 45-69.

Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració, de 14 de febrer de 2008, per la qual es regula l'habilitació de les persones que han de dur a terme les funcions establertes en els procediments d'execució de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, i en la normativa de desplegament en l'àmbit de les Illes Balears. (BOIB núm. 23, de 16 de febrer).

Rodríguez, A. (2005): «Políticas sociales y prestación de servicios a las personas dependientes y a sus familias». *Revista administración sanitaria*, 3 (2), 253-264.

Sánchez, M. C. (2007): «Retos de calidad de los servicios en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia». *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 70, 135-151.

Autores

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis, 1984. Tècnica especialista en la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Coordinadora i tutora de cursos de formació en dependència i promoció de l'autonomia personal de la Universitat de les Illes Balears, finançats per la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració.

CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). 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. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educativsocial sobre els quals ha realitzat diverses publicacions a nivell nacional i internacional. En aquest moment és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar, del Ministeri d'Educació i Ciència, el Ministeri de Sanitat i Consum i la Direcció General de R+D+I del Govern de les Illes Balears. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra de Gerontologia Educativa i Social de la UIB.



Universitat de les
Illes Balears



Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2009**



**Govern
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,
Promoció i Immigració

