



# Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2015



**Universitat**  
de les Illes Balears

**CARMEN ORTE SOCIAS**

Catedràtica d'universitat

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

ANUARI DE L'ENVELLIMENT.  
ILLES BALEARS **2015**



**Universitat**  
de les Illes Balears



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria de Serveis Socials i Cooperació



**Consell de  
Mallorca**

■ Departament de Benestar  
i Drets Socials



**Colonya**

Fundació Guillem Cifre



## **Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2015**

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

### **Consell de Direcció:**

#### **Directora:**

Dra. Carmen Orte Socias

### **Consell de Redacció:**

#### **Vocals:**

Dr. Josep Lluís Oliver Torelló  
Dra. M. Belén Pascual Barrio  
Dra. Margalida Vives Barceló  
Dr. Joan Amer Fernàndez  
Dra. M. Antònia Gomila Grau  
Dra. Rosario Pozo Gordaliza  
Sr. Liberto Macías González

#### **Secretària:**

Sra. Lydia Sánchez Prieto

#### **Comitè Assessor:**

Sr. Enrique Campos Alcaide  
Sr. Ferran Dídac Lluch i Dubon  
Dr. Jordi Forteza-Rey Borralleras  
Sra. Josefa Marí Marí  
Sr. Miquel Oliver Ramon  
Sra. Margarita Isabel Viñuela Benéitez

\* © del text: els autors 2015

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

\* Disseny, maquetació i impressió: amadip.esment

\* ISSN: 2174-7997

\* Dipòsit legal: PM-2908-2008



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

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

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

*Tel.: 971 17 30 00 / Fax: 971 17 31 90*

*E-mail: [catedra.dependencia@uib.es](mailto:catedra.dependencia@uib.es)*

<b>PRESENTACIONS</b>	5
Fina Santiago Rodríguez <b>Consellera de Serveis Socials i Cooperació</b>	
Margalida Puigserver Servera <b>Consellera de Benestar i Drets Socials i i presidenta de l'IMAS</b>	
<hr/>	
<b>INTRODUCCIÓ</b>	13
Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2015	
<hr/>	
<b>RECUPERAR LA LLENGUA DEL COR: EL CONEIXEMENT I L'ÚS DE LA LLENGUA CATALANA DE LA POBLACIÓ DE 65 I MÉS ANYS A LES ILLES BALEARS</b>	25
Ferran Dídac Lluch i Dubon	
<hr/>	
<b>EL PROGRAMA INTERGENERACIONAL COMPARTIR LA INFÀNCIA / SHARING CHILDHOOD: L'AVALUACIÓ COM A ELEMENT DE PROMOCIÓ DELS PROJECTES INTERGENERACIONALS</b>	63
Carmen Orte Socias, Margalida Vives Barceló, Rosario Pozo Gordaliza, M. Belén Pascual Barrio, M. Antònia Gomila Grau i Joan Amer Fernández	
<hr/>	
<b>UNA EXPERIÈNCIA INTERCULTURAL EN L'EDUCACIÓ DE LES PERSONES GRANS: LA INTERNATIONAL SUMMER SENIOR UNIVERSITY (ISSU) DE LA UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS</b>	83
Carmen Orte Socias i Joan Amer Fernández	
<hr/>	
<b>DONES PIONERES EN L'ÀMBIT LABORAL A LES ILLES BALEARS</b>	95
Maria A. Alarcón Bigas i M. Cristina Ferrer González	
<hr/>	
<b>LES XARXES DE RELACIONS I SUPORT DE LES PERSONES GRANS DE MALLORCA</b>	107
Lluís Ballester Brage i Liberto Macías González	
<hr/>	
<b>LES RELACIONS AFECTIVOSEXUALS EN LA GENT GRAN DES DE LA PERSPECTIVA INTERGENERACIONAL</b>	123
Margalida Vives Barceló	
<hr/>	
<b>L'AFECTIVITAT I LA SEXUALITAT DE PERSONES INTERNADES</b>	139
Caterina Maria Julià Alou	
<hr/>	
<b>PROPOSTA D'IMPLANTACIÓ I DESENVOLUPAMENT DE L'ATENCIÓ GERIÀTRICA ESPECIALITZADA AL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS</b>	161
Enrique Campos Alcaide	
<hr/>	
<b>ESTIL DE VIDA I SALUT MENTAL</b>	175
Rocío Gómez Juanes, M. Neus Llabrés Fuster, Margalida Gili Planas, Miquel Roca Bennasar i Mauro García Toro	
<hr/>	

ENVELLIMENT, VULNERABILITAT, DIGNITAT I SOLIDARITAT. APORTACIONS DES DEL MODEL DE CURES PAL·LIATIVES	199
<hr/>	
ENVELLIMENT I VIRUS DE LA IMMUNODEFICIÈNCIA HUMANA	213
<hr/>	
RUTES SALUDABLES AL VOLTANT DELS CENTRES DE SALUT	235
<hr/>	
COR A CASA. PROJECTE DE CONDICIONAMENT DE SALES DE CONVIVÈNCIA/MENJADORS A TRAVÉS DEL DISSENY AMBIENTAL	251
<hr/>	
GENT GRAN AMB DISCAPACITAT. UN PROJECTE PER AL S. XXI	265
<hr/>	
LA PODOLOGIA I LA GENT GRAN	285
<hr/>	
PAPER DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN L'AUTONOMIA DE LES PERSONES GRANS. UNA APROXIMACIÓ A LES ILLES BALEARS	301
<hr/>	
ANÀLISI DE LA SOBRECÀRREGA DE CUIDADORS DE PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA INGRESADES EN CENTRES RESIDENCIALS	321
<hr/>	
AGRESSIÓ INTERPERSONAL EN RESIDÈNCIES D'ANCIANS: UNA APROXIMACIÓ AL SEU CONEIXEMENT	335
<hr/>	
LA GENT GRAN ALS CENTRES PENITENCIARIS	353
<hr/>	
L'ABÚS ECONÒMIC A LES PERSONES GRANS, QÜESTIÓ DE GÈNERE, EDAT I DEPENDÈNCIA	375
<hr/>	
EL SUÏCIDI EN LES PERSONES GRANS	391
<hr/>	

# PRESENTACIONES

---

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

Una vegada més podem presentar l'Anuari de l'Envel·liment, aquesta vegada amb 21 excel·lents articles de recerca, divulgació i debat. El treball no hagués estat possible sense la participació de moltes persones i organitzacions que han col·laborat activament durant tot el procés d'elaboració de l'Anuari. Els diversos articles, igual que en les edicions anteriors, han estat fets a partir de rigorosos treballs d'investigació i finalment revisats pel consell de redacció de l'Anuari, dirigit per la professora Carmen Orte, cosa que contribueix a millorar la qualitat del conjunt.

Amb la perspectiva dels anys que ja té l'Anuari, es pot comprovar l'aportació feta al coneixement de les necessitats, programes i serveis per a gent gran de la nostra comunitat. Els responsables de les polítiques de serveis socials, en els seus diversos nivells, llegim amb atenció els anuaris per a fonamentar i orientar les accions de l'administració. Tot el treball realitzat no s'hagués pogut dur a terme sense la col·laboració de la mateixa Administració, però tampoc sense la col·laboració de múltiples entitats. La seva implicació activa i col·laboració desinteressada mereix un especial reconeixement.

La realitat de les persones majors a les Balears, i podríem dir també a tot l'Estat, ha experimentat en les últimes dues dècades una important evolució i desenvolupament, de manera que no és possible tenir una visió completa i realista de la nostra societat sense considerar el valor afegit -tant en el vessant qualitatiu com en el quantitatiu- que la gent gran aporta. Però, també hi ha necessitats que cal conèixer per tal de disposar d'adequades orientacions per a prevenir-les i per donar respostes correctes. En aquest sentit, el ventall de temes tractats, juntament amb les anteriors edicions, ofereix una panoràmica d'una gran riquesa.

Ja en els anuaris anteriors que vaig tenir el plaer de presentar, quedava constància de com consideràvem imprescindible comptar amb un punt de referència rigorós que oferís informació sobre la realitat de la gent gran a les Balears per comprendre la seva evolució, identificar tendències i detectar reptes. Com que ja hi ha una sèrie llarga de publicacions, l'Anuari ofereix una perspectiva longitudinal en què es capten perfectament els efectes de la crisi sobre els serveis de salut, els serveis socials i prestacions en un sector dinàmic, immers en una progressió i renovació constant, en la seva recerca permanent per donar la millor resposta als problemes socials i de salut. Els serveis i prestacions són la garantia de la política social realitzada des d'un enfocament de justícia social, participació i millora de la qualitat de vida de la nostra societat.

L'Anuari aconsegueix aportar, una vegada més, informació d'interès, actualitzada, veraç i de caràcter independent. Al llarg de les diverses edicions, una gran nòmina de professionals i investigadors del sector han pogut comunicar els seus resultats. En aquesta edició hi ha 49 autors que treballen des de perspectives diverses (metges, infermers, psicòlegs, treballadors socials, sociòlegs, etc.). La llista dels autors confirma la importància



de la publicació per a la generació i l'intercanvi de coneixement en aquest àmbit. Des d'aquesta perspectiva, l'Anuari ha arribat a ser una eina indispensable.

Des de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació, desitjam que aquesta edició de l'Anuari es converteixi de nou en una eina útil per a totes aquelles persones, organitzacions i institucions que treballen amb l'objectiu de mantenir i millorar la qualitat de vida de les persones majors.

No volem concloure aquesta presentació sense agrair la bona col·laboració amb la Universitat de les Illes Balears, així com amb totes aquelles persones, entitats i institucions que s'han implicat en aquest volum i l'han fet possible.

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

És una evidència que vivim subjectes a canvis continus, que la societat i els seus valors estan en constant evolució. Des de l'Institut Mallorquí d' Afers Socials (IMAS), entitat que presidesc, som molt conscients d'aquests canvis i, per això, no ho dubtam a l'hora de donar suport a totes les iniciatives que ens permeten tenir una visió actual de la situació dels col·lectius més vulnerables i poder, així, estudiar d'una manera més fiable la possibilitat d'impulsar noves polítiques que contribueixin al benestar de tothom.

Vull donar l'enhorabona a la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia de la UIB per editar un any més aquest anuari, tot un referent per als qui estam relacionats amb aquest àmbit. Igualment, com a consellera de Benestar i Drets Socials del Consell de Mallorca, estic molt orgullosa de poder-hi contribuir, a la vegada que voldria felicitar totes les persones que han col·laborat amb la publicació d'algun article.

Però, com a consellera, encara estic més satisfeta de poder impulsar polítiques o iniciatives que ajudin a millor el dia a dia de les persones majors i, fent una ullada a la publicació que teniu a les vostres mans, som conscient que encara queda molta de feina per fer, especialment perquè m'adon que, per algunes persones, envellir es pot convertir en un autèntic suplici si no se'ls dóna el suport adequat.

Vull fer una menció especial a l'article publicat per tècnics de l'IMAS sobre l'abús econòmic a les persones grans, un tipus de maltractament que sovint passa desaparcebut, però que pot tenir conseqüències molt greus per a la persona que n'és víctima, a la qual se la priva d'envellir d'una manera digna, tal i com tots ens mereixem.

Gràcies a programes de l'IMAS, com el de prioritat social o la gestió de més mil places residencials, els tècnics de l'àrea d'Atenció a la Dependència del Consell de Mallorca han pogut constatar que l'edat i el sexe són factors a tenir en compte a l'hora d'analitzar el fenomen de l'abús econòmic. Un maltractament difícil de detectar fins que, potser, ja és massa tard, ja que que els implicats solen ser persones molt properes a la víctima, que no acostuma a denunciar-los. És, així, un tipus de maltractament silenciós que pot provocar l'aïllament de la persona major o que pot tenir conseqüències encara més greus.

Un altre dels articles escrits per tècnics de l'IMAS ens alerta de la importància de prevenir sobre el suïcidi de les persones majors. Un fenomen que tal vegada relacionam amb persones més joves, però que, com assenyala l'article, també és present entre la població major de 65 anys: gent gran que ha ingressat a residències i no s'adapten al seu nou estil de vida, persones que entren dins una espiral d'aïllament social perquè ha canviat la seva situació física i/o personal, víctimes d'algun tipus de maltractament, com pot ser el que hem comentat abans, l'econòmic, etc.

En definitiva, si dècades enrera les persones majors eren un col·lectiu considerat sagrat per la riquesa de saviesa i d'experiència que podien aportar a la societat, és cert que actualment, per algunes persones, la gent gran s'ha convertit en una càrrega de la qual no poden, o no volen, fer-se càrrec.

Publicacions com aquesta permeten recalcar encara més la necessitat de dur a terme mesures específiques per al col·lectiu de persones majors: impulsar polítiques per fomentar l'envelliment actiu —com ja feim des de l'IMAS—, campanyes de sensibilització sobre la vulnerabilitat de la gent gran, polítiques i jornades de prevenció del maltractament i de conscienciació sobre el dret universal de cada un de nosaltres d'envellir dignament.



# INTRODUCCIÓ

---

## **Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2015**

Al llarg de les successives edicions d'aquest Anuari de l'envelliment des de la seva creació el 2008, no hem deixat de costat l'oportunitat de remarcar la importància de les dades. Les dades sociodemogràfiques sobre l'envelliment i el que significa envellir en el context del conjunt de la població en l'àmbit del propi país i en l'àmbit mundial. Les dades ens ajuden a interpretar el que tenim, a projectar el que vindrà i a visualitzar i preveure els reptes i les oportunitats que hauríem d'aconseguir. El conjunt de persones i grups de diferents edats que integren la nostra societat ha de ser un conjunt harmònic i sostenible en el qual el dret a la salut, a l'educació, a la seguretat i, en definitiva, a viure una vida digna allunyada de la pobresa, la penúria o l'abús sigui assolible per tothom. En aquest context, els grups que presenten o poden presentar algun nivell de vulnerabilitat, han de ser protegits per l'Estat i les seves institucions de forma explícita. Quant al grup que ens ocupa aquí, les persones grans, les dades demogràfiques ens diuen que al final d'aquest segle haurà augmentant de forma molt important, perquè la proporció de persones de 60 anys i més ha anat augmentant de forma més ràpida que la de qualsevol altre grup de població. Referent a això, i des d'una perspectiva mundial, l'informe de 2015 *Global AgeWatch Index Report* (produït per HelpAge International), indica que en aquests moments al món hi ha 901 milions de persones de 60 o més anys, és a dir, el 12% de la població mundial. En el cas d'Europa i en termes de percentatges, aquest és el doble en aquest moment, ja que el 24% de la seva població té 60 o més anys. Per la seva banda, les projeccions per a Europa són del 34% el 2050 i del 35% el 2100. En aquest context, Espanya és un dels països de la Unió Europea amb una xifra més alta de persones grans, al costat d'Alemanya, França, Itàlia i el Regne Unit.

Segons l'informe de les Nacions Unides titulat *World Population Prospects, The 2015 Revision*, la projecció de les Nacions Unides per al proper segle es triplica per a les persones de 60 i més anys, i es multiplica per 7 per a les de 80 i més anys. L'envelliment de la població com a fenomen mundial està relacionat amb el declivi de la fertilitat i l'augment de l'expectativa de vida. D'acord amb la situació actual i les projeccions de futur, el nombre de persones grans al món s'espera que serà d'1,4 bilions el 2030 i 2,1 bilions el 2050, i podria augmentar a 3,2 bilions el 2100. Així doncs, i encara tenint en compte la cautela necessària amb aquest tipus de dades, sembla que l'augment de la població de 60 i més anys a curt i mitjà termini és inevitable, atès que les cohorts pertinents són vives. En aquest context, les Nacions Unides aporten dades sobre l'efecte de l'envelliment de la població en el nombre de treballadors per jubilat, mesurat a partir del coeficient potencial o nombre de persones de 20 a 64 anys dividit pel nombre de persones de 65 anys i més, per destacar la importància de l'envelliment de la població en la pressió fiscal i política amb què els sistemes d'atenció de salut i de protecció social podrien enfrontar-se en un futur no gaire llunyà. Els països africans tenen un coeficient potencial de 12,9, un dels més alts, i el Japó, amb una puntuació de 2,1, un dels més baixos dels països del món; Europa i l'Amèrica del Nord estan en 4 o per sota de 4, encara que hi ha set països europeus que estan per sota de 3,



i hi ha una projecció per a 2050 per sota de 2 per a 24 països europeus (United Nations, 2015, pàg. 7).

Ara es viu molt més temps: en part això és a causa de les millores en la salut, i per això l'esperança de vida ha augmentat. Referent a aquesta qüestió, al número de la revista mèdica *The Lancet* de 27 d'agost de 2015<sup>1</sup> es recullen les conclusions de l'estudi titulat «Global Burden of Disease (GBD)», sobre el cost global de la malaltia; i s'analitza i compara el període 1990-2013 en diferents països del món: s'indica que durant aquest període, l'expectativa de vida al món en general va augmentar més de 6,2 anys, des dels 65,3 anys fins als 71,5 anys. L'estudi no només analitza l'esperança de vida, sinó que també revisa fins a quin punt l'extensió d'aquests anys de vida està associada amb la bona salut; d'acord amb això, l'expectativa de vida saludable al naixement ha augmentat en 5,4 anys. De totes maneres, l'estudi també recull les dades relatives a malalties d'una població que viu i viurà més anys i també s'enfronta a malalties cròniques com les de tipus cardíac i les de tipus respiratori. L'estudi avança la importància de les cures de salut que requereixen aquests ciutadans en un context de disminució de la força de treball. Com en anteriors edicions, aquest és un tema recurrent quan es parla d'envelliment, el qual ha de tractar-se des d'una perspectiva més àmplia que tingui en compte no només la perspectiva de disminució de la força laboral, que d'altra banda té altres lectures vinculades a la immigració i també a les polítiques familiars, a més d'altres aspectes que puguin desenvolupar-se en l'àmbit econòmic, com la capacitat d'estalvi, la innovació o la capacitat d'autocura a través de la millora de la qualitat de vida i altres aspectes vinculats a la capacitat de generar riquesa del mateix col·lectiu de persones grans. En qualsevol cas, i tenint en compte que ens referim a l'envelliment de la població des d'una perspectiva mundial, és important adonar-se de la situació del nostre país a partir de les dades que aporta el *Global AgeWatch Index Report*, publicat el 2015. Aquest informe, a partir de l'Índex global de l'envelliment (IGE 2014), recull dades de 96 països (cinc més que l'anterior, de 2013) des del punt de vista del benestar social i econòmic de la població de 60 i més anys. Això representa que aporta dades sobre el 91%, o 9 de cada 10 persones de més de 60 anys del món. Països com Noruega, Suècia i Suïssa varen obtenir la classificació més alta, els tres primers del rànquing, la qual cosa significa que aquests països en la seva major part proporcionen a les persones grans el suport adequat en la seguretat dels ingressos, la salut, l'ocupació i les oportunitats d'educació. Per contra, territoris com el West Bank i Gaza, Moçambic i Afganistan es classifiquen entre els més baixos dels 96 analitzats, en aquests aspectes considerats per a una vellesa digna. Les dades comparatives mostren també que el creixement econòmic d'un país no és suficient per incrementar el benestar de les persones grans. L'índex, a partir de les dades comparatives entre països, també mostra la importància i necessitat de proporcionar

<sup>1</sup> Publicat en línia a: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)61476-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)61476-3).

suport sistematitzat en la vellesa i el desenvolupament de polítiques específiques com les pensions, les oportunitats educatives i d'ocupació, la gratuïtat de l'atenció en salut o el transport.

Des del punt de vista de l'IGE, Espanya està en la posició general del rànquing, al número 21 (67,6). La nostra posició general se situa en el primer quartil del conjunt de països, si es tenen en compte els quatre grans àmbits considerats de forma global (entorns adequats, ocupació i educació, atenció a la salut i seguretat en els ingressos), encara que, fonamentalment, per la nostra bona situació en l'àmbit de la salut. D'acord amb això, la nostra posició és molt bona en salut, la número 3, (80,3), en la qual se situen també Suïssa i el Canadà (números 2 i 4 respectivament). Pel que fa a entorns adequats (inclou connexions socials, seguretat física, llibertat cívica i accés al transport públic), Espanya ocupa la posició número 22 (74,7); en seguretat dels ingressos, la posició número 41 (71,3); i la posició número 56 (29,2) en ocupació i educació. Si comparem amb els resultats obtinguts a l'IGE anterior, de 2013, la nostra situació en salut se situa 36 punts per damunt el 2015, encara que en la resta d'aspectes, la nostra posició baixa i se situa 8 punts per sota en entorns adequats; 10 punts en ingressos; i 6 punts en ocupació i educació. Segons aquestes dades i malgrat les millores en salut, Espanya encara ha de plantejar-se estratègies de millora en la resta d'àmbits considerats, especialment en el de l'ocupació i en el de l'educació.

De fet, tinguem en compte que, a Espanya, a 1 de gener de 2014 hi havia 8.442.427 persones grans (de 65 i més anys), el 18,1% sobre el total de la població (46.771.341) (un 14,8% a les Illes Balears), segons les dades del Padró continu (INE). Segueix creixent en més mesura la proporció d'octogenaris: ara representen el 5,7% de tota la població. Una població de persones grans amb més percentatge de dones (4.828.952, o el 34%) que d'homes; una ràtio de suport familiar (nombre de persones de 80 i més anys per cada 100 de 45 a 64 anys) que ha anat augmentant progressivament els últims anys i s'estima que seguirà fent-ho, de manera que cada vegada els recursos familiars disponibles seran més escassos (fonamentalment, dones cuidadores) per donar suport a una xifra tan alta de persones grans (Abellán i Pujol, 2015): una qüestió que hem tractat en anuals anteriors i que suggereix prendre mesures per a un grup de població important, les dones, amb més capacitat de supervivència, més nivell de solitud i menys possibilitats de cura. Tinguem en compte que majoritàriament els homes de 65 i més anys conviuen en parella (prop d'un 55%), mentre que el nombre de dones que viuen soles (28,3%) augmenta, i a més aquest augment té a veure amb l'augment de l'edat. A les Illes Balears, el 2014 el nombre de llars unipersonals ha augmentat i suposa el 24,1% del total de llars.

Així doncs, les dades sobre l'envelliment haurien de marcar les polítiques per al conjunt de la població i per a l'adaptació i redistribució dels recursos. Les ciutats també hauran

d'adaptar-se de manera específica a aquests nous perfils de població i als que vindran en el futur. A Espanya, les persones que varen néixer en el primer tram de la generació del *baby boom* (1958-1977),<sup>2</sup> i que ara són a prop dels 60 anys, en un termini de temps relativament curt s'incorporaran al grup de les persones jubilades, almenys des del punt de vista de l'activitat laboral. Persones amb perfils, encara que heterogenis, molt diferents en relació amb generacions precedents i que caldrà considerar no només per poder donar resposta a les seves necessitats, sinó, fonamentalment, per incorporar-les a la dinàmica de l'activitat social, econòmica i educativa tenint en compte també l'augment de la pressió sobre els sistemes de protecció social d'un grup tan nombrós.

La ciutat com a centre, com a lloc de vida d'una part molt important del conjunt de la població i especialment de les persones grans, segons l'estudi realitzat per l'OCDE (2010), ha de ser un objectiu estratègic de les societats envellides. La ciutat com a espai de transformació per acollir una societat de totes les edats, necessita reinventar-se. Sobre aquest tema, és encoratjador i inspirador l'informe de l'OCDE de 2015 sobre envellir a les ciutats. La ciutat com a punt de referència, a partir de la constatació de la major acumulació de persones grans que s'hi dona, així com també de la gran diversitat de formes que adquireix i la major complexitat per abordar-les (OECD, 2010). D'altra banda, l'informe de 2015 citat aporta dades i idees quant a l'acció política per mitigar els desafiaments de l'envelliment de les societats i aprofitar al màxim les oportunitats que presenten.

El punt de partida de l'OCDE és que les societats que envelleixen no són un problema. Són el resultat del desenvolupament socioeconòmic i poden aportar oportunitats per al creixement, el desenvolupament tecnològic i la convivència entre generacions. Un discurs que coincideix plenament amb la gran majoria de treballs actuals publicats sobre l'envelliment. Sobre aquest tema, Age International destaca la necessitat de contrastar la «veritat» de les dades i dels fets amb la «falsedat» dels mites i dels estereotips relacionats amb l'envelliment. Com indica Penny Vera-Sanso a Age International (2015), sobre la veritat de l'envelliment i el desenvolupament, la vellesa no reflecteix la diversitat de l'experiència de les persones grans. D'altra banda, la veritat implícita en «la relació de dependència en la vellesa» pel que fa a l'afirmació que les persones més grans de 60 anys no funcionen i sí que ho fan les que tenen entre 15 i 59 anys, no permet captar les realitats que afronten moltes persones grans, ni tampoc les contribucions que realitzen. Així doncs, es tracta d'un tipus d'anàlisi esbiaixat que reforça la discriminació per raons d'edat i fomenta una visió estereotipada de les persones de 60 anys o més, i no té en compte, entre altres aportacions, que el treball de les persones grans, sigui remunerat o no remunerat,

<sup>2</sup> Entre aquestes dates varen néixer gairebé 14 milions de nins, 4,5 milions més que els vint anys següents i 2,5 més que els vint anys anteriors.

és fonamental per a les economies familiars i té un paper important per ajudar una nació a fer-se un lloc dins l'economia global.

En aquesta mateixa línia, altres treballs destaquen la necessitat de treballar els fets, deixant de costat els mites i els estereotips relacionats amb l'edat per desenvolupar una nova narrativa basada en l'evidència entorn del procés d'envelliment i les necessitats i contribucions dels adults grans. És el cas de l'estudi realitzat per Lindland, Fond, Haydon i Kendall-Taylor (2015) mitjançant la comparació de punts de vista dels experts amb els punts de vista de l'americà mitjà. L'informe detalla una sèrie de desafiaments de comunicació per aconseguir el suport de la població a les polítiques i els programes que promoguin el benestar dels adults grans. Un aspecte clau per transformar és l'opinió del públic en relació amb l'envelliment com un procés decididament negatiu i determinista, així com el seu fatalisme general sobre la nostra capacitat col·lectiva per trobar solucions al que suposa l'envelliment de la població. L'informe acaba amb recomanacions estratègiques inicials per fer front a aquests reptes de comunicació i combatre els estereotips com a forma prèvia per definir i obtenir suport per dissenyar polítiques públiques que incloguin l'envelliment de forma global.

D'altra banda, i reprenent les descripcions i les projeccions sociodemogràfiques, l'envelliment es pot preveure, i per tant és factible i necessari prendre les mesures adequades per anticipar i preparar el futur, tenint en compte l'estructura de la població i les vies econòmiques i socials adequades. Des d'aquesta perspectiva, una societat per a totes les edats, una ciutat amigable amb les persones grans, és la proposta de l'OCDE com a context per a l'acció política eficaç a les societats que envelleixen. En aquest context, recordem que en l'àmbit polític l'interès per una comunitat més «amigable amb l'edat» ha augmentat a partir del projecte que va engegar l'Organització Mundial de la Salut *Age-Friendly Cities*. Es formulen propostes de construcció de comunitats amigues de les persones grans des d'una perspectiva ecològica. Es tracta de partir de la relació persona-ambient per avançar en les decisions de recerca i polítiques, amb un enfocament integral i multidisciplinari. Un enfocament que té en compte l'ambient físic, l'habitatge, l'entorn social, les oportunitats per a la participació, la comunitat informal i formal de suports i serveis de salut, el transport, la comunicació i la informació. Un enfocament que explica que no poden ser tractats de forma aïllada els factors intrapersonals tals com l'edat, el sexe, els ingressos, l'estat funcional i altres nivells d'influència, inclòs l'entorn polític (Menec, Means, Keating, Parkhurst i Eales, 2011).

Un pas necessari per assumir aquests canvis a partir de les dades de l'envelliment és tenir en compte que una societat amigable amb les persones grans considera els reptes com a oportunitats per al canvi i la millora. L'informe de l'OCDE de 2015 aporta diversos exemples per transformar els reptes en oportunitats tenint en compte bona part de les qüestions que habitualment s'argumenten com a dificultats per assumir l'envelliment de la població:

**Taula 1** | *Reptes i oportunitats en societats envellides*

Reptes	Oportunitats
Canvi en els ingressos locals	La innovació i les tecnologies podrien aprofitar-se per mantenir l'autonomia de les persones grans
L'envelliment de la força de treball porta a una disminució de l'oferta laboral	Podrien explorar-se nous models de negoci i estratègies d'inversió per portar tecnologies innovadores al mercat
Augment en la despesa pública per a l'atenció sanitària i social	
La infraestructura i la forma urbana necessiten ser redissenyades per augmentar l'atractiu i el benestar a les ciutats	La necessitat de remodelació dels habitatges existents podria estimular el mercat de l'habitatge
Una xarxa social reduïda potencia l'aïllament social	La integració de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) podria dur-se a terme en diversos àmbits polítics, en particular, en el sector de la salut
L'accés als serveis i llocs de treball és més difícil per a les persones grans	Es podria encoratjar les persones grans a omplir un buit en treballs voluntaris a les seves comunitats
L'assequibilitat de l'habitatge planteja reptes per a la qualitat de vida a totes les generacions	La transició demogràfica podria influir en la confiança pública en el govern i en la participació ciutadana

Com queda exposat, l'OCDE planteja una visió positiva de l'envelliment, emmarcada en la construcció d'una societat per a totes les edats. Des d'aquesta perspectiva, descriu sis estratègies polítiques per fer el canvi necessari que requereix una societat envellida: 1) desenvolupar una visió a llarg termini per a les societats envellides que tinguin en compte les dades sociodemogràfiques de forma continuada; 2) desenvolupar indicadors per mesurar l'envelliment de les societats en diferents sectors, com la salut, el social, l'activitat comunitària, l'activitat laboral, l'allotjament, el transport i la mobilitat; 3) promoure la salut per a totes les edats; 4) augmentar la implicació de les persones grans al mercat de treball i en les activitats socials; 5) proporcionar allotjament en entorns accessibles; 6) redissenyar les àrees urbanes per augmentar l'atractiu i el benestar de les ciutats i a les ciutats. Es tracta d'un plantejament que, lògicament, requereix noves formes de governança, per a les quals es necessiten nous actors per a accions concertades, noves sinergies entre diferents nivells de responsabilitat governamental, noves estructures, sobretot horitzontals, en les quals tinguin cabuda tots els àmbits necessaris i continguts en les estratègies polítiques ja comentades, entre d'altres, allotjament i habitatge, salut, infraestructures urbanes, transport públic, ocupació i dissenys urbans (OECD, 2015).

Un enfocament que s'ha replicat en molts altres informes internacionals des d'altres perspectives relacionades, com l'envelliment actiu. Així, per exemple, cal destacar tant la filosofia com les conclusions i recomanacions contingudes a l'estudi realitzat en el marc

de SiforAGE<sup>3</sup> (*Social Innovation on Active and Healthy Ageing for sustainable economic growth*) (2014), emmarcat en el paradigma del benestar de la gent gran a partir de l'envelliment actiu i saludable. En aquest context es té en compte que la longevitat és un valor afegit i representa un dels assoliments més grans de la nostra societat. Dit d'una altra manera, és entendre l'envelliment com a oportunitat i com a triomf i les persones grans no com un problema sinó com una part de les possibles solucions.

Efectivament, la longevitat aporta innombrables reptes i oportunitats a la societat actual des de molts punts de vista, en educació, comunicació, relacions intergeneracionals i també en qüestions relatives a altres temes, fins i tot econòmics, tenint en compte tant les aportacions com les necessitats de la població afectada. Molts dels aspectes que necessitam millorar per a aquest grup de població, per exemple els relatius a l'habitatge, per poder envellir en el mateix lloc en el qual s'ha viscut durant tota la vida i en el qual es vol seguir vivint a la vellesa; o els relatius al transport, la seguretat, la participació o l'activitat, o l'adaptació i la sostenibilitat de les ciutats i dels barris, són millores que repercuteixen sobre el conjunt de la població independentment de l'edat. Des d'aquesta talaia, la perspectiva de l'edat permet reorientar la nostra forma de viure, la nostra forma d'envellir, i reorganitzar el nostre futur d'una altra forma més adequada per a aquests nous temps. És per això que una recomanació important que sorgeix de l'estudi de SiforAGE indicat, i amb la finalitat d'obtenir avantatge d'aquestes noves oportunitats i utilitzar el potencial de canvi de manera positiva, és integrar el tema de l'envelliment en totes les polítiques, les estratègies i els programes de la Unió Europea i dels Estats membres, econòmics, socials i culturals. És en aquesta mateixa línia que hem treballat al llarg d'aquests anuaris de l'envelliment des de la seva aparició el 2008, des d'un paradigma que aposti per una societat per a totes les edats i des d'una aproximació centrada en el curs de la vida, no només en un moment d'aquesta. Posant l'èmfasi en l'educació de les persones per ser responsables de la seva pròpia vida i dur a terme una vida saludable i activa que possibiliti una vellesa també saludable i activa.

Les recomanacions de l'informe europeu de SiforAGE de 2014 estan orientades des d'una perspectiva de no discriminació de la gent gran en la legislació; de treballar a favor d'una imatge més adequada, realista i positiva de les persones grans; de tenir en compte les persones grans i treballar-hi en el disseny i desenvolupament de polítiques i serveis relacionats amb la qualitat de vida; de desenvolupar mecanismes de participació i de potenciació de la ciutadania; de cooperació entre sectors per potenciar la participació i la relació col·laborativa entre diferents sectors; dels serveis per a persones grans amb dissenys de serveis i programes de caràcter més intergeneracional davant problemes i necessitats similars. Del foment de projectes innovadors que permetin donar resposta a necessitats

<sup>3</sup> Best practices on evidence-based policymaking and policy recommendations on Active and Healthy Ageing. A: <http://www.siforage.eu>.

emergents en les quals les persones grans tinguin un paper protagonista. El tema de la discriminació és una constant en els treballs sobre envelliment, en els quals hauria de ser prescriptiu donar la paraula a la gent gran.

Sobre aquest tema, unes aportacions interessants les incorpora The Global Alliance for the Rights of Older People (GAROP) (2015), un grup de treball de les Nacions Unides creat ex professo per debatre de quina manera es poden protegir més bé i promoure els drets humans de les persones grans. També, per elaborar una proposta a l'Assemblea General de l'ONU a la fi de 2015 de dotar-se d'un instrument jurídic internacional específic sobre els drets de les persones grans, en un context on els participants manifesten tenir una experiència comuna de discriminació en la vellesa per raons d'edat avançada. En definitiva l'informe, en línia amb els plantejaments comentats que han il·lustrat aquesta introducció, aposta per donar suport a l'envelliment actiu com a filosofia de vida, com a procés d'envelliment global, durant tota la vida i en tots els grups d'edat.

## Referències bibliogràfiques

Abellán, A., i Pujol, R. (2013). *Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en Red, 10. A: [http://www.uhu.es/auladelaexperiencia/documentos/1516/AEXPERIENCIA-PerfilDeLasPersonasMayoresEnEspana\[2015\].pdf](http://www.uhu.es/auladelaexperiencia/documentos/1516/AEXPERIENCIA-PerfilDeLasPersonasMayoresEnEspana[2015].pdf).

Age International (2015). *Facing de facts. The truth about ageig and development*. London: Age International.

Lindland, E., Fond, M., Haydon, A., i Kendall-Taylor, N. (2015). *Gauging aging. Mapping the gaps between expert and public understanding of aging in America*. Washington DC: FrameWorks Institute. A: [www.frameworkinstitute.org](http://www.frameworkinstitute.org).

Menec, V. H., Means, R., Keating, N., Parkhurst, G., i Eales, J. (2011). Conceptualizing age friendly communities. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, 30(3), 479-493.

OECD (2010). Calculations based on United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2010), *World Population Prospects: The 2010 Revision*, United Nations, New York, A: [http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel\\_indicators.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm).

OECD (2015). *Ageing in Cities*. Paris: Autor. A: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231160-en>.

The Global Alliance for the Rights of Older People (GAROP) (2015). *In our own words. What older people say about discrimination and human rights in older age. A consultation by the Global Alliance for the Rights of Older People*. A: [www.rightsofolderpeople.org](http://www.rightsofolderpeople.org).

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP.241





**RECUPERAR LA LENGUA DEL COR:  
EL CONEIXEMENT I L'ÚS DE LA  
LENGUA CATALANA DE LA  
POBLACIÓ DE 65 I MÉS ANYS A  
LES ILLES BALEARS**

---

## **Recuperar la llengua del cor: el coneixement i l'ús de la llengua catalana de la població de 65 i més anys a les Illes Balears**

Ferran Dídac Lluch i Dubon

## Resum

Aquest article pretén fer conèixer la situació de la llengua catalana a les Illes Balears en el col·lectiu de població de 65 i més anys, tot comparant-la amb la situació general del català a la nostra societat.

La llengua és coneixement, però fonamentalment ús. I, tot i que és indubtable que se n'han produït avenços en l'actual fase constitucional i estatutària, es detecta una situació aparentment contradictòria: un important increment del coneixement, però una reducció de l'ús del català com a llengua habitual. Així, mentre que l'escolarització en català n'explica l'increment del coneixement, la reducció de l'ús i la poca presència de la nostra llengua, sobretot en certs sectors, requereix d'explicacions més complexes i multifactorials. Els forts corrents migratoris d'entorns no catalanoparlants, les convencions i les pressions socials instaurades, uns mitjans de comunicació on la llengua catalana és minoritària i minoritzada i determinades polítiques públiques que han apostat decididament per aprofundir la bretxa lingüística i afavorir els processos de substitució, ho expliquen en bona mesura.

En aquest entorn, la tercera edat presenta unes taxes d'ús oral de la llengua superiors a la mitjana, però amb una tendència significativament decreixent i el mateix succeeix quant a comprensió i domini oral. En l'àmbit de l'alfabetització total, contràriament, s'ha produït un destacable increment. A mitjà termini, cal esperar la intensificació d'aquestes tendències.

A llarg termini, el futur de la nostra llengua com a instrument de comunicació habitual dependrà de la implicació efectiva de les institucions públiques i de tota la societat.

## Resumen

Este artículo pretende analizar la situación de la lengua catalana en las Islas Baleares en el colectivo de población de 65 y más años, comparándola con la situación general del catalán en nuestra sociedad.

La lengua es conocimiento, pero fundamentalmente uso. A pesar de que es indudable que se han producido avances en la actual fase constitucional y estatutaria, se detecta una situación aparentemente contradictoria: un importante incremento del conocimiento, pero una reducción del uso del catalán como lengua habitual. Así, mientras la escolarización en catalán explica el incremento del conocimiento; la reducción del uso y la poca presencia de nuestra lengua, sobre todo en ciertos sectores, requiere de explicaciones más complejas y multifactoriales. Las fuertes corrientes migratorias desde entornos no catalanoparlantes, las convenciones y las presiones sociales instauradas, unos medios de comunicación en que la lengua catalana es minoritaria y minorizada y determinadas políticas públicas que han

apostado decididamente para incrementar la brecha lingüística y favorecer los procesos de sustitución, explican en buena medida esta situación.

En este entorno, la tercera edad presenta unas tasas de uso oral de la lengua superiores a la media, pero con una tendencia significativamente decreciente y lo mismo sucede en cuanto a la comprensión y el dominio oral. En el ámbito de la alfabetización total, contrariamente, se ha producido un destacable incremento. A medio plazo, cabe esperar la intensificación de estas tendencias.

A largo plazo, el futuro de nuestra lengua como instrumento de comunicación habitual dependerá de la implicación efectiva de las instituciones públicas y de toda la sociedad.

---

## 1. Introducció

L'eminent lingüista britànic David Crystal, en una conferència a Barcelona, va dir «L'anglès és la meua llengua del cap i el gal·lès la del cor». La situació entre el gal·lès i el català no és ben bé la mateixa, però m'he permès manllevar aquesta designació de la llengua materna gal·lesa a la llengua catalana.

Aquest lingüista distingia d'aquella manera entre l'anglès, la llengua funcional i de comunicació més aviat pública i habitual per a ell, i la llengua materna, pròpia de la seva terra, de la seva família i del seus més íntims i primerencs records, conformadors de la seva part més essencial com a persona.

La situació de la llengua catalana a la nostra terra és complexa. Vivim, de fet, en una situació de conflicte lingüístic, on hi ha una llengua estatal predominant a la qual certs cercles (polítics, econòmics...) consideren de més prestigi i, també, a la qual es reserven els marcs de comunicació més formals i que rep un tractament preferent de les classes dominants i dels mitjans de comunicació i una llengua vernacle, que ha de lluitar constantment per adquirir prou prestigi social com per esdevenir la llengua habitual d'ús en àmbits tant diversos com l'educació, la ciència, l'administració i la comunicació de masses. Tot això, a més, en un marc de migració massiva d'entorns no catalanoparlants, amb una oferta de mitjans de comunicació on l'ús de la nostra llengua és minoritari i en què les polítiques públiques recents, en comptes de resoldre el desequilibri lingüístic i impulsar el bilingüisme o el plurilingüisme real, afavoreix i potencia la bretxa lingüística en el si de la nostra societat.

Potser per entendre el present és necessari fer una breu revisió de la Història. El segle XVIII s'inicia amb el Decret de Nova Planta, amb què els Borbons, mitjançant la prohibició de l'ús administratiu de les llengües distintes del castellà en els territoris de l'estat, volgueren

potenciar la centralització i millorar la gestió del territori, amb nefasts resultats per a la nostra llengua, o la més recent fase franquista, que marcà un nou període de prohibició de l'ús de la nostra llengua a les aules i en la vida pública, reduint-ne l'ús als àmbits de la llar o a allò que el franquisme anomenava manifestacions folklòriques.

Tot i amb això, la nostra llengua va perviure i prengué una forta embranzida durant l'actual fase democràtica, fruit d'un marc constitucional i estatutari que en reforçaven la consideració i, en bona mesura, gràcies a totes aquelles persones, individuals o unides a distintes organitzacions que han treballat i continuen treballant de manera desinteressada en defensa de la llengua del seu cor.

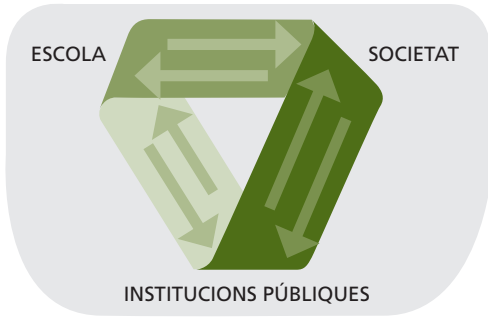
Les Illes Balears, com altres territoris de parla catalana, formen part en l'actualitat de l'Estat espanyol. Un estat regit per la Constitució del 78, que estableix, entre moltes altres qüestions, el marc territorial i lingüístic. Un marc territorial en què, malgrat la natural voluntat d'unitat de l'estat, és preveu la capacitat d'organització de les distintes nacionalitats i regions en comunitats autònomes que han esdevingut, en definitiva, un dels àmbits de gestió administrativa més importants de la nostra història recent. I, pel que fa a la llengua, malgrat que la Constitució confereix a la llengua castellana una certa preeminència, pel caràcter de llengua oficial de tot l'estat i per la definició del seu coneixement com a deure, no és menys cert que diu en el mateix article 3 del títol preliminar que la resta de llengües espanyoles seran també oficials a les respectives comunitats autònomes d'acord amb els seus estatuts, d'una banda, i que les diferents modalitats lingüístiques són un patrimoni cultural que hauran de gaudir d'especial respecte i protecció.

## 2. Els pilars de la normalització lingüística

La normalització lingüística de la llengua catalana s'ha de produir a partir de la intervenció de tres pilars fonamentals: l'escola, adequant el projecte lingüístic a les necessitats generals de la societat, a l'entorn concret del centre i de cada individu en particular; les institucions públiques, afavorint les discriminacions positives mentre no s'assoleixi l'ús normal de la llengua i, finalment, la societat, fent de la llengua catalana un instrument de comunicació normalitzat. L'afebliment d'alguns d'aquests pilars, íntimament interdependents, conduirà a perpetuar la situació de diglòssia i, fins i tot, a reduir l'ús afectiu de la llengua pròpia al nostre arxipèlag.

L'Estatut d'autonomia de les Illes Balears reconeix aquest dret a l'article 4, titulat «La llengua pròpia» i diu, literalment: «1. La llengua catalana, pròpia de les Illes Balears, té, juntament amb la castellana, el caràcter d'idioma oficial. 2. Totes les persones tenen el dret de conèixer-la i d'usar-la, i ningú no pot ser discriminat per causa de l'idioma. 3. Les institucions de les Illes Balears han de garantir l'ús normal i oficial dels dos idiomes, han de prendre les mesures necessàries per assegurar-ne el coneixement i han de crear les

condicions que permetin arribar a la igualtat plena de les dues llengües quant als drets dels ciutadans de les Illes Balears.»



Font: Elaboració pròpia

A partir d'aquí, cadascú pot establir les seves pròpies conclusions i entendre, com a errònies o encertades, les distintes polítiques públiques en un o altre sentit.

No ens podem entretenir a valorar, segons el meu parer, la reduïda sensibilitat de l'Estat espanyol envers les llengües distintes del castellà ni justificar-la amb la comparació amb altres grans llengües estatals que, per criteris de practicitat i centralitat, també han pretès la unifor-

mització general de les llengües territorials (fins i tot, fagocitant-les i substituint-les) com a mitjà de garantir una consciència nacional comuna. Tampoc no entrarem a debatre si el conflicte lingüístic és conseqüència dels impulsos centralitzadors de l'estat que pretenen frenar les tendències centrífugues de Catalunya, si forma part de la ideologia de partits estatals de dretes o si aquests corrents s'han revifat recentment per desviar l'atenció pública sobre altres qüestions d'especial rellevància: atur, desigualtat social i econòmica, corrupció política, retallades en les prestacions públiques..., que es podrien atribuir, en tot o en part, a la gestió del govern o si és el resultat del sumatori d'aquests o d'altres factors.

El cert, sigui quina en sigui l'explicació, és que ens trobem en una situació de conflicte lingüístic, especialment important entorn de la llengua catalana, comuna com sabem a diversos territoris i distintes comunitats autònomes de l'Estat espanyol i d'altres països (Andorra, França i Itàlia).

Tot seguit exposaré algunes de les mesures, públiques i objectivables, que s'ha adoptat tant en l'àmbit estatal com a les Illes Balears i que suposen un important afebliment lingüístic de la llengua catalana.

En l'àmbit estatal, a més de les distintes reformes educatives que pretenen condicionar el currículum i controlar la llengua vehicular a les aules, destaquen les diverses modificacions d'alguns estatuts d'autonomies peninsulars impulsats pel principal partit conservador, contra tota lògica científica lingüística, per descriure la llengua catalana amb altres noms (valencià al País Valencià, LAPAO a Aragó...), a fi de negar-ne la unitat, reforçar-ne el caràcter regional i reduir-ne, en darrer terme, el prestigi i potencial ús com a llengua de comunicació del més alt nivell. I juntament amb aquestes modificacions legals i terminològiques, també es produeix una pèrdua de la consideració social, de l'ús i de la presència pública de la llengua.

Aquesta batalla lingüística afecta, per exemple, el professorat que no veu reconeguts els seus coneixements lingüístics quan pretén desplaçar-se d'una a una altra comunitat autònoma catalanoparlant. Nogensmenys, per la meua experiència, puc afirmar que en les comunitats autònomes on s'han implantat polítiques contràries a la llengua catalana des de temps enrere es constata un descens alarmant en la competència lingüística, fins i tot, en el col·lectiu que haurien d'estar més ben preparats: el docents.

Podríem esmentar exemples clars d'incongruència lingüística, ja que, mentre que es defensa amb fermesa la uniformitat de la llengua castellana, el paper cohesiu de la Real Academia Española i l'existència de la Hispanitat com a comunitat de països i les nacions que comparteixen la llengua i la cultura espanyoles d'una banda (aspectes raonables des d'un punt de vista tècnic), per l'altra es nega l'existència cultural dels Països Catalans i s'afavoreix i es potencia la fragmentació de la llengua catalana des de les institucions polítiques i en contra dels criteris científics lingüístics (només explicables per factors polítics i centralitzadors).

En l'àmbit autonòmic, malgrat alguns precedents anteriors, el conflicte s'ha revifat i ha assolit cotes insospitades durant la darrera legislatura. Quatre han estat els eixos del Govern Bauzá (2011-2015) que incideixen molt negativament en el model lingüístic de recuperació de la normalitat en el coneixement i l'ús de la llengua catalana existent fins aleshores al nostre arxipèlag: 1. La modificació de les lleis de la Funció Pública que permeten accedir a les distintes administracions de les Illes Balears sense acreditar conèixer la llengua catalana. 2. La supressió, a efectes legals, de les polítiques d'immersió lingüística en els centres educatius mitjançant la imposició, sense considerar l'entorn del centre ni les necessitats dels mateixos alumnes, de percentatges d'ús de distintes idiomes a les aules. Això sí, amb la falsa promesa d'un trilingüisme que no es pot aconseguir sense invertir recursos materials i personals i sense una planificació prèvia, una formació adequada i el consens amb els professionals implicats. Naturalment s'ha modificat el model escolar, sense que cap raó pedagògica o estudi tècnic faci necessari abandonar una política lingüística que havia funcionat adequadament, en termes generals. 3. L'abandonament del model lingüístic català en els mitjans de comunicació públics autonòmics (IB3), amb l'emissió de programació també en llengua castellana, la política recent d'obligació de l'ús de l'article salat en determinats programes, o parts de programes, o la traducció de programació en llengua catalana produïda al Principat a modalitats mallorquines i el tarannà d'alguns dels programes produïts en llengua catalana que ofereixen una imatge estereotipada i esbiaixada, gairebé esperpèntica, dels illencs i de la nostra llengua i cultura. 4. L'impuls a la fragmentació interna lingüística de l'arxipèlag, no per defensar les modalitats insulars i locals sinó utilitzant-les com a excusa, per afavorir la fragmentació i afeblir la idea de la unitat lingüística de la llengua catalana.

Així mateix, tampoc no podem oblidar l'aparició de grups ideològicament afins a postulats conservadors i centralistes que, amagats sota el paraigua de la llibertat i de la defensa de les singularitats locals de la nostra llengua i jurídicament protegits per la constitució en



organitzacions culturals i sense finalitat de lucre, col·laboren activament en les polítiques contràries a la llengua pròpia de l'arxipèlag Balear.

Dins l'àmbit local també podríem esmentar retrocessos prou significatius, alguns tan visibles com els de la declaració oficial d'algunes ciutats amb un doble topònim català-castellà (Maó-Mahón), que, a més de ser un fet gairebé insòlit, va contra el criteri toponímic majoritàriament utilitzats pels tècnics en la matèria o la recuperació d'antics topònims d'èpoques anteriors (per exemple, Palma de Mallorca). Altres són més subtils, com ara l'accés preferent a la web als enllaços en llengua castellana sobre els catalans, fins i tot quan hi accedim des de dominis amb l'extensió .cat; l'abandonament de dominis amb l'extensió .cat o la producció de textos bilingües, quan abans només es produïen en la nostra llengua.

Sigui com sigui, aquest palès retrocés en les polítiques públiques en defensa i la protecció de la nostra llengua, que esperem que canviaran radicalment, atesos no només els resultats electorals recents sinó també determinats corrents contraris a aquestes polítiques des del mateix partit que les ha propiciades durant el passat quadrienni, no ens pot fer oblidar l'avenç que ha experimentat la nostra llengua en aquesta fase democràtica i que ha servit per crear una base social prou sòlida, ben conscienciada pel que fa als drets lingüístics dels catalanoparlants. Un avenç que s'ha aconseguit gràcies al suport de moltes de persones desinteressades que han aportat el seu coneixement i el seu temps i gràcies a l'esforç individual, especialment important entre les persones de més edat de la nostra societat, nascuts a les Illes o provinents de l'exterior, per adquirir una llengua que no pogueren aprendre a les escoles durant la dictadura i que, a més, gaudia de poca consideració social. A ells, mitjançant aquest article, els vull retre un merescut homenatge.

La tasca de tots ha de ser que a les Illes Balears, la llengua del cor i del cap tornin a coincidir i, això, evidentment, sense renunciar a respectar, conèixer i fer servir no només el castellà, la llengua cooficial de la nostra comunitat autònoma i comuna a tot l'Estat, sinó tantes com hom pugui arribar a assolir, ja sigui l'anglès, la llengua de comunicació internacional actual per excel·lència, com qualsevol altra. I, per aconseguir-ho, cal deixar d'utilitzar les llengües com a arma política de confrontació i destinar-hi el lloc que realment els pertany: servir de mitjà de comunicació i relació i com a un bé patrimonial cultural que ha de gaudir d'especial protecció i respecte.

### 3. Fonts estadístiques per a l'estudi del coneixement i l'ús de la llengua catalana a les Illes Balears

Ens hem de remuntar al Padró d'Habitants de 1986 per trobar el primer estudi estadístic referit a la totalitat de la població de l'arxipèlag. Les informacions estadístiques, en aquets cas, oferien dades sobre la comprensió, el coneixement oral i escrit i la lectura

entre la població de sis i més anys. Existia un precedent en una enquesta que fou encarregada a la UIB per la Conselleria d'Educació, però mai no s'havia fet abans una operació de grans dimensions en aquest sentit. Val a dir, però, que aquests estudis arribaven amb retard respecte a altres comunitats en què hi ha dues llengües oficials (Galícia, Euskadi, Catalunya...). En el cas català, fins i tot, ja el 1975 es va oferir un full addicional al padró i el 1981 s'afegí directament a l'enquesta padronal la pregunta sobre el coneixement de la llengua.

L'explotació d'aquesta pregunta fou presentada en forma de llibre en la col·lecció Quaderns d'Estadística de l'Institut Balear d'Estadística (embrió de l'actual IBESTAT) amb el títol de *La llengua de les Illes Balears* i en qual vaig participar activament. Les dades no són consultables via WEB i cal, per tant, consultar directament el volum indicat.

Posteriorment, la qüestió del coneixement de la llengua ha estat recollida en els censos de població de 1991, 2001 i 2011. En el de 1991 es demanà específicament pel coneixement de la llengua catalana, quan en el 1986 s'havia sol·licitat el grau de coneixement de la «llengua pròpia de les Illes Balears», tot i que, tant en una com en altra operació estadística, les taules es presenten amb el títol de «coneixement de la llengua de la CAIB». Els problemes de nomenclatura només revelen el desconeixement lingüístic general i la por que l'ús d'una determinada terminologia suposés el rebuig d'una part dels enquestats. M'agradaria dir que aquesta qüestió terminològica s'ha superat, però el cert és que alguns reduïts cercles mantenen i, fins i tot, revifem la batalla terminològica entorn a la denominació de la nostra llengua per assolir els seus espuris interessos personals.

Pel que fa al cens de 1991, l'Institut Balear d'Estadística dedicà el setè volum d'explotació de les dades censals al coneixement de la llengua i, com l'anterior, l'heu d'aconseguir a algun fons documental (biblioteca, arxiu o altre fons documental).

Quant als censos de 2001 i 2011, s'adapten a les noves tecnologies de la informació i la difusió dels resultats estadístics ja no utilitza el format imprès, sinó que principalment o exclusiva ho fan en format digital i, per això, podem consultar i obtenir les dades via web a l'adreça de l'IBESTAT ([www.ibestat.cat](http://www.ibestat.cat)). Hi ha, però, una important diferència: mentre que el cens de 2001 era una operació censal clàssica que, malgrat els seus problemes d'execució (no es completà la recollida de dades i es procedí a la imputació automàtica de dades), pretenia obtenir respostes de tots els habitants de les Illes Balears, l'operació censal de 2011 (i, en principi, les posteriors) són simples processos d'enquesta a partir de les dades del padró continu de població. Això és molt important perquè, mentre que el cens de 2001 ofereix dades molt desagregades quant al coneixement del català (i de la resta de les variables, naturalment), el cens de 2011 només ofereix dades globals agregades i, fins i tot, en determinats casos ens trobarem que la dada no és subministrada per manca de consistència o qualitat. Les dades lingüístiques de

2011 s'han obtingut d'una mostra de la població resident en els habitatges principals i s'ha suprimit la població d'establiments col·lectius.

Val a dir que, en tots aquests casos, les grans operacions padronals i censals només ens serveixen per esbrinar qüestions sobre el coneixement, però no sobre l'ús de la llengua catalana (malgrat que se'n puguin deduir les repercussions). I per fer-ho, hem de recórrer a les enquestes específiques per a la coneixença de la situació del català al nostre arxipèlag, que ens permeten conèixer amb molta de precisió el nivell de coneixement i d'ús lingüístic real. A banda de la primera enquesta dels anys vuitanta ja esmentada i d'enquestes específiques en què s'ha plantejat l'ús de la nostra llengua, disposem de dues enquestes principals per analitzar aquesta qüestió: l'enquesta d'usos lingüístics a les Illes Balears encarregada el 2003 i publicada el 2004 (per això, alguns documents parlen de l'enquesta de 2003 i altres de 2004) i el mòdul sobre coneixements i usos lingüístics, inclosa en l'enquesta modular d'hàbits socials de 2010, la darrera disponible.

#### **4. L'evolució del coneixement de la llengua catalana a les Illes Balears: la importància determinant de l'escola en l'alfabetització de la població de l'arxipèlag**

##### **Evolució del coneixement del català a les Illes Balears, d'acord amb les dades censals i padronals**

###### **El coneixement del català del conjunt de la població**

A l'epígraf anterior ja hem parlat extensament d'aquestes fonts i no hi tornarem a incidir. El coneixement de la llengua es mesura en aquestes fonts a partir de l'autoidentificació de l'individu en sis categories que són excloents entre si. Aquestes categories, de menor a major competència lingüística de català, són: no l'entén; l'entén i no el parla; l'entén, el llegeix i no el parla; el parla; el parla i el llegeix i el parla, el llegeix i l'escriu.

Per simplificar l'anàlisi, es decidí ja en el primer estudi estadístic sobre la situació lingüística del català a les Illes Balears (padró de 1986) establir tres categories: comprensió, domini oral i alfabetització total. La primera categoria inclouria el total de la població balear (població de sis i més anys), excepte aquells que declaren no entendre la nostra llengua. La segona categoria inclouria les tres subcategories, en què els residents declaren saber parlar el nostre idioma. Finalment, l'alfabetització total coincidiria amb aquell grup en què els ciutadans no només saben parlar i llegeixen, sinó que també saben escriure en la nostra llengua. Una llengua que, val a dir-ho, és a priori més complexa normativament i fonèticament que la castellana i això, juntament a les circumstàncies socials, polítiques i històriques de què hem parlat, en dificulta l'assoliment: particularment, quan es treballa en àmbits no formals, fora

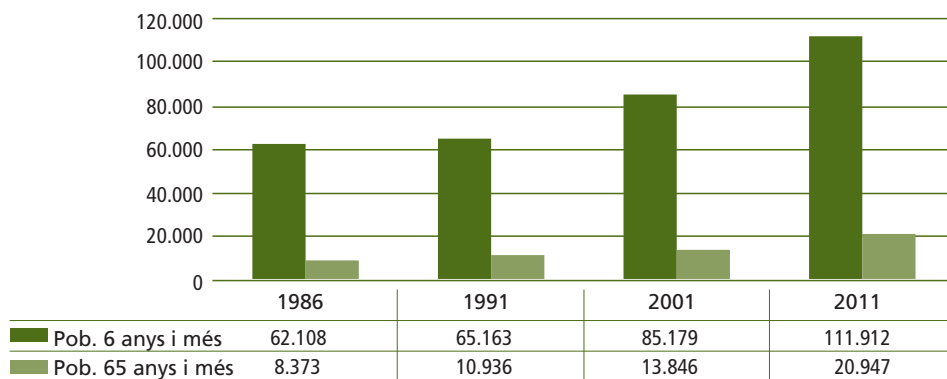
de l'àmbit de l'ensenyament obligatori que esdevé una peça fonamental per al procés de normalització lingüística, però que tampoc no és suficient sense la decidida aposta de les institucions públiques. I la veritat és que aquest no és el marc en què actualment ens situem.

És molt important, però, no oblidar que el coneixement no n'implica l'ús. Una persona pot declarar entendre una llengua, però no voler que s'hi adrecin en aquesta llengua o preferir que s'hi adrecin en una altra. Una persona pot afirmar saber parlar una llengua i no fer-la servir. O, fins i tot, encara que això és molt més estrany, afirmar que sap parlar, llegir i escriure i no fer-la servir.

Les principals conclusions de les dades evolutives obtingudes de les dades sobre el coneixement lingüístic dels censos i padrons 1986-2011 són, segons el meu parer, les següents:

1. Els percentatges de comprensió del català s'han mantingut relativament estables al llarg del període considerat. Les dades ens permeten concloure que entorn del 89-90% de la població entén la nostra llengua. Però també es pot fer la lectura contrària: gairebé l'11% de la població, segons el cens de 2011, ni tan sols entén la nostra llengua. Això implica que desenes de milers de persones no poden utilitzar el català com a llengua de comunicació i, alhora, n'impedeixen l'ús directe als altres usuaris que sí que en són competents.

**Gràfic 1 | Població que no entén la llengua catalana. 1986-2011 per grans grups d'edat**



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Padró Municipal d'Habitants de 1986 i els Censos de Població.

2. El percentatge de domini oral presenta un important descens en el període 1986-2011. Aquesta situació deriva de l'increïble flux migratori internacional que ha rebut l'arxipèlag des d'àrees no catalanoparlants i, en bona mesura, de zones en què ni tan

sols s'utilitza cap de les llengües romàniques oficials a les Illes Balears. Així, mentre que el 1986 el domini oral era assolit pel 70% de la població, en 2011 aquest percentatge només és assolit pels volts del 60%. El factor immigratori n'és l'explicació directa. A més a més, bona part dels fluxos migratoris són de gent adulta jove i, per tant, no entren en els circuits obligatoris educatius i això fa que, si no s'adopten polítiques específiques, és probable que molts dels nouvinguts no es puguin normalitzar. Aquest percentatge és encara molt més determinant quant a l'ús: una xifra important d'habitants declara la seva incapacitat per utilitzar la llengua pròpia de l'arxipèlag en les seves activitats de comunicació interpersonals.

- El percentatge d'alfabetització completa és on trobem el creixement percentual més destacable. Així, de poc més del 16,5% de la població que en 1986 presentava una alfabetització completa, s'ha passat a prop del 43% de la població amb una elevada competència lingüística.

Aquest és un dels grans èxits de la política lingüística implantada en els cicles educatius obligatoris (i, evidentment, en els no obligatoris subsegüents). I també ho és, no ho podem oblidar, l'esmoreïment de l'impacte migratori en els nivells de comprensió i ús oral de la llengua. Sense la tasca de l'escola (entesa en el sentit ampli del terme) els percentatges dels anteriors epígrafs presentarien uns índexs molt inferiors.

No podem oblidar que aquest percentatge s'ha assolit gràcies al fet que en els grups d'edat més joves s'han assolit percentatges propers al 100% d'alfabetització completa i això fa que la mitjana global hagi experimentat un increment tan significatiu. I, alhora, també significa que una part de la població adulta de les Illes Balears roman al marge dels processos d'alfabetització completa. Per això he decidit incloure un petit epígraf de reconeixement de les tasques docents en general i, en particular, en el complex procés d'avenç de la normalització i la normalitat de la nostra llengua.

**Taula 1** | *Dades de comprensió, domini oral i alfabetització completa de la població de 65 i més anys per grups quinquennals, i del total de la població de 6 i més anys i de la població de 15 i més anys.*

PADRÓ DE 1986							
	Total	Comprensió	Domini oral	Alfabetització	% Comprensió	% Domini oral	% Alfabetització
Població de 6 i més anys	626.956	564.848	444.028	103.766	90,09	70,82	16,55
Població 15 anys i més	528.511	477.047	378.894	74.435	90,26	71,69	14,08

continua

Població 65 anys i més	90.385	82.012	74.410	4.070	90,74	82,33	4,50
65-69	28.674	25.667	22.533	1.587	89,51	78,58	5,53
70-74	24.772	22.402	20.244	1.178	90,43	81,72	4,76
75-79	18.990	17.357	16.028	735	91,40	84,40	3,87
80-84	11.348	10.456	9.850	395	92,14	86,80	3,48
85 i més	6.601	6.130	5.755	175	92,86	87,18	2,65

## CENS 1991

	Total	Comprensió	Domini oral	Alfabe-tització	% Comprensió	% Domini oral	% Alfabetització
Població de 6 i més anys	661.306	596.143	441.340	171.240	90,15	66,74	25,89
TOTAL 15 I MÉS	571.836	514.948	382.623	131.770	90,05	66,91	23,04
Població 65 i més	100.370	89.434	75.789	7.507	89,10	75,51	7,48
65-69	31.819	28.076	22.838	2.800	88,24	71,77	8,80
70-74	25.716	22.757	19.079	2.094	88,49	74,19	8,14
75-79	20.553	18.347	15.899	1.423	89,27	77,36	6,92
80-84	13.634	12.344	10.917	782	90,54	80,07	5,74
85 i més	8.648	7.910	7.056	408	91,47	81,59	4,72
85-89	6.443	5.883	5.248	315	91,31	81,45	4,89
90 i més	2.205	2.027	1.808	93	91,93	82,00	4,22
No consta	3.600	3.068	2.100	788	-	-	-

## CENS 2001

	Total	Comprensió	Domini oral	Alfabe-tització	% Comprensió	% Domini oral	% Alfabetització
Població de 6 i més anys	785.420	700.241	494.341	303.140	89,15	62,94	38,60
Població 15 anys i més	706.648	625.484	434.964	254.993	88,51	61,55	36,08
Població 65 anys i més	120.992	107.146	73.056	16.775	88,56	60,38	13,86
65-69	35.992	31.916	21.425	5.715	88,68	59,53	15,88
70-74	30.983	27.552	18.640	4.490	88,93	60,16	14,49
75-79	25.002	21.998	15.013	3.351	87,98	60,05	13,40
80-84	16.304	14.369	10.084	1.901	88,13	61,85	11,66
85 i més	12.711	11.311	7.894	1.318	88,99	62,10	10,37

CENS 2011							
	Total	Comprensió	Domini oral	Alfabetització	% Comprensió	% Domini oral	% Alfabetització
Població de 6 i més anys	1.024.867	912.955	616.761	438.866	89,08	60,18	42,82
Població 15 anys i més	926.548	816.438	536.272	364.890	88,12	57,88	39,38
Població 65 anys i més	154.414	133.467	88.159	23.769	86,43	57,09	15,39
65-69	46.989	40.344	25.586	9.132	85,86	54,45	19,43
70-74	34.318	29.002	18.579	4.875	84,51	54,14	14,21
75-79	32.584	28.574	19.227	4.418	87,69	59,01	13,56
80-84	21.601	18.669	12.930	2.764	86,43	59,86	12,80
85 i més	18.922	16.878	11.837	2.580	89,20	62,56	13,63

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Padró Municipal d'Habitants i els Censos de Població de 1991, 2001 i 2011.

## 5. El coneixement del català de la població de la tercera edat a les Illes Balears

Segurament els comentaris sobre el coneixement del català de la població de 65 i més anys de les Illes Balears puguin cridar l'atenció a més d'un. D'una banda, aquesta situació reflecteix l'evolució d'aquest col·lectiu al llarg de temps, des d'una població de 65 i més anys que havia viscut en entorns familiars i socials en bona mesura catalanoparlants, a una societat plural fruit d'uns fluxos migratoris d'entorns no catalanoparlants potentíssims que han assolit, en molts de casos, ja l'edat que centra el nostre focus d'atenció. De l'altra, reflecteix una altra situació: així com en el cas del més joves la societat (al menys fins ara) disposa d'un eficaç mecanisme de normalització que és la immersió lingüística en els entorns escolars, en el cas de població adulta la nostra societat no disposa de mecanismes àgils, eficients i atractius per fer que la població adulta aprengui i utilitzi la nostra llengua amb normalitat.

1. El percentatge de comprensió del català de la població de més edat de la nostra societat ha baixat a prop de cinc punts. Pels volts del 91% de comprensió, s'ha passat a poc més del 86%. Aquest percentatge fins i tot pot baixar, inicialment, com a fruit de la major esperança de vida de la població i l'arribada a edats avançades d'importants col·lectius migratoris que no entenen la nostra llengua. A llarg termini, però, fruit de la tasca escolar, l'arribada de cohorts alfabetitzades farà que aquest percentatge minvi, tot i que sempre hi hauria un percentatge de població que havent immigrat d'adulta no hagi assolit ni el nivell més bàsic de competència en català.
2. El percentatge de domini oral és on es palesa més el retrocés lingüístic del col·lectiu. D'un domini oral superior al 82% del col·lectiu, s'ha passat només al 57%. Una espectacular caiguda de prop de 25 punts percentuals. Això significa, ni més ni menys, que més

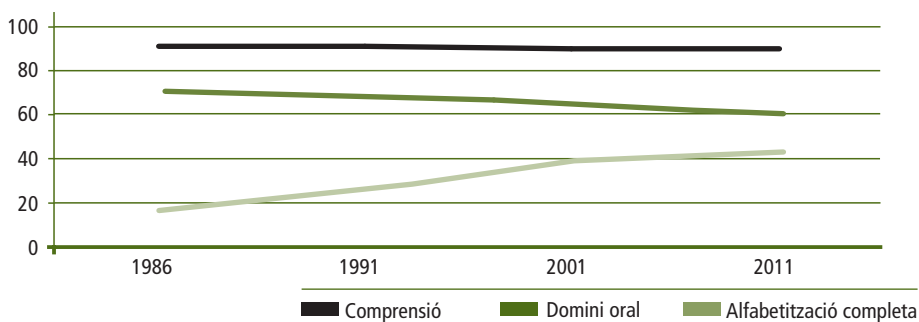
de 4 de cada 10 persones de la tercera edat no utilitzen la llengua catalana per manca de competència autodeclarada i això, a més, suposa un factor multiplicador ja que condiona, en bona mesura, l'ús lingüístic de la resta d'interlocutors.

I, fent una mica de futurisme, he de dir que la perspectiva no és millor a curt i mitjà termini, ans al contrari. L'arribada en els propers quinquennis a la tercera edat d'importants col·lectius que no són competents oralment en català determinarà que encara l'ús de la llengua catalana es redueixi de manera considerable entre el col·lectiu. Aquesta situació a la llarga es revertirà amb l'arribada de cohorts alfabetitzades en català a l'escola, però el futur lingüístic dependrà en bona mesura de la potència del fluxos migratoris futurs, de les polítiques públiques i de la consideració que la nostra societat arribi a atorgar a la llengua pròpia de l'arxipèlag.

3. L'alfabetització completa és l'únic apartat de coneixement en què el català mostra un avenç entre el col·lectiu de la tercera edat. I, en aquest cas, no només és un avenç important des d'un punt de vista quantitatiu, atès que de poc més del 4,5% de població alfabetitzada en català s'ha passat a més del 15%, sinó que suposa un canvi qualitatiu prou significatiu i més si tenim en compte que la població que s'ha alfabetitzat ho ha hagut de fer amb el seu esforç personal i la seva determinació, ja que durant el període no han entrat en els processos d'educació formal obligatòria dels quals hem parlat destinats als col·lectius més joves de la societat. També hem de tenir en compte que ja s'han jubilat alguns dels membres de certs col·lectius en què s'ha potenciat l'alfabetització (docents, treballadors públics...).

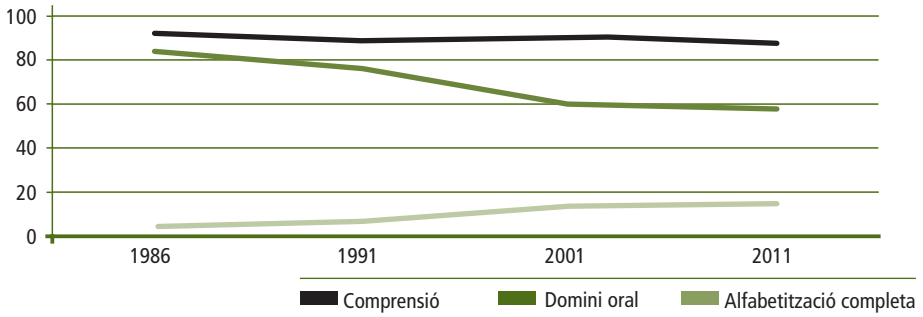
Així mateix, la tendència futura a mitjà i sobretot a llarg termini és que es produeixi un significatiu i destacable increment en l'alfabetització completa i això, no ens cansarem de repetir-ho, és gràcies a la tasca dels professionals de la docència que treballen al nostre arxipèlag.

**Gràfic 2 | Coneixement del català de la població de 6 i més anys a les Illes Balears. Dades percentuals**





**Gràfic 3 | Coneixement del català de la població de 65 i més anys a les Illes Balears. Dades percentuals**



Font: Elaboració pròpia.

## 6. La tasca docent: una tasca impagable i no prou reconeguda

Una de les conclusions a què podem arribar, quan analitzem les dades presentades en aquest article, és la importància que té l'escola en tots els àmbits de domini de la llengua catalana, ja sigui la comprensió o la lectura com en l'assoliment de l'alfabetització completa de la llengua catalana, que hauria de ser un dels objectius de la formació obligatòria que han de rebre tots els ciutadans del nostre arxipèlag.

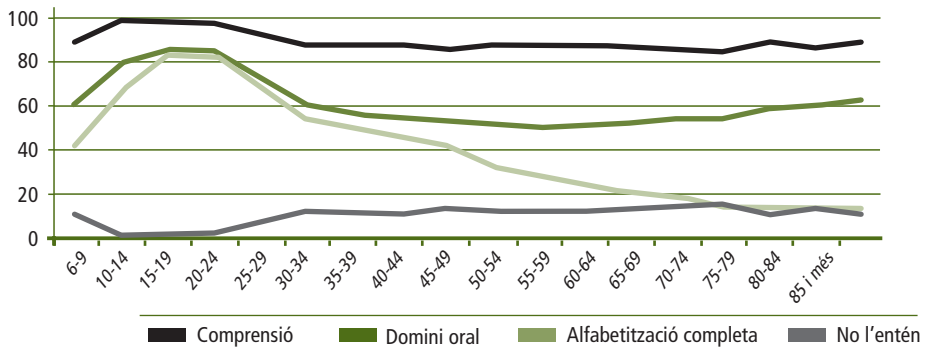
Però la tasca del professorat va molt més enllà. De cada cop se li encomanen més tasques i més responsabilitats (educació en valors, alfabetització digital, ensenyament en anglès...) a uns docents als quals, d'altra banda, hom els manté al marge de les grans decisions i de les directrius que afecten la seva labor professional. I, si en aquest context de dificultat professional, hi afegim el poc suport que en determinats casos reben de certes famílies i l'atac interessat que, com a treballadors públics i com a membres reivindicatius de la societat, han rebut en el temps recents per certs cercles de poder polític, entendrem que aquest reconeixement públic és més urgent i necessari que mai.

Aquesta tasca és, per descomptat, molt més complicada en els centre públics, en què la diversitat cultural és major, les necessitats individuals dels alumnes són més elevades (sense el suport suficient) i en què la procedència socioeconòmica de l'alumnat suposa majors dificultats d'intervenció i de col·laboració amb les famílies.

En alguns països, com els Estats Units, s'han invertit imports milionaris en campanyes publicitàries per atreure la gent jove cap a una professió indispensable per garantir el futur de qualsevol societat. Aquesta campanya qualifica d'autèntics herois aquests professionals. En altres països, com algun del nord d'Europa, on millors taxes d'aprenentatge assoleixen

els alumnes segons alguns baròmetres estadístics educatius, la tasca del professor és tan reconeguda que les escoles de Magisteri tenen les notes d'accés situades entre les més altes de les formacions universitàries.

**Gràfic 4 |** *Nivells de coneixement de la llengua catalana a les Illes Balears per grups d'edat. Cens 2011. El paper de l'escola en l'alfabetització en català de la població de l'arxipèlag*



Font: Ibestat. Cens de població de 2011

Per això, vull aprofitar l'avinentesa, sense arribar a la grandiloqüència i la teatralitat a les quals són tan aficionats els nord-americans, per reivindicar la necessitat de reconeixement i respecte envers aquest col·lectiu. I, com no podria ser d'altra manera, la de tots els col·lectius i les persones que individualment treballen per impulsar el coneixement i en defensa de la nostra llengua (voluntaris lingüístics, escriptors, periodistes...).

I també cal recordar als docents la importància central de la seva tasca en la vida de les persones. Tant és així que el seu treball i la seva dedicació poden decidir el futur dels seus alumnes, animant-los a avançar en el camí de la formació i la preparació professionals o, contràriament, fent que decideixen abandonar els circuits educatius i condemnar-los a un futur laboral i social precaris.

## 7. L'ús de la llengua catalana en el col·lectiu de la tercera edat de les Illes Balears

Per analitzar aquest punt utilitzarem l'*Enquesta modular d'hàbits socials de les Illes Balears 2010* (EMHS), que pretén obtenir informació sobre sectors que es consideren estratègics per al desenvolupament socioeconòmic correcte i de cohesió entre la seva població. Aquesta operació estadística fou impulsada per la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i

Immigració, la Conselleria d'Educació i Cultura i la Fundació Illes Balears per a la Innovació Tecnològica (IBIT).

L'enquesta s'estructura en tres mòduls: «Condicions de vida i cohesió social», «Coneixements i usos lingüístics» i «Disponibilitat i usos de les TIC de les llars».

Els objectius del mòdul segon, que és el que ens ocupa, són obtenir informació sobre el coneixement, els usos i les actituds respecte a la llengua en un moment d'importants canvis demogràfics.

L'enquesta s'adreçà als individus de setze anys i més que resideixen a les llars en un habitatge familiar principal. L'operació s'efectuà en 1.912 habitatges familiars durant el primer semestre de 2010 i la data de referència fou l'1 de març de 2010.

## 8. L'ús del català com a llengua habitual

La pregunta plantejava set tipus de respostes. Dues d'ús positiu de la llengua catalana «sí, gairebé sempre» i «sí, però no tant com voldria» i cinc que analitzaven perquè no s'utilitzava la llengua catalana «no, la gent sempre parla castellà», «no, perquè em fa vergonya», «no, perquè no m'agrada parlar-lo», «no, gairebé no el sé parlar» i «no, per altres motius».

Hem decidit per agilitar la lectura i facilitar-ne l'anàlisi dels lectors incloure en aquest capítol de l'article principalment gràfics i només alguns exemples de taules de dades. Tanmateix, són totes accessibles via web a la pàgina de l'organisme estadístic autonòmic ([www.ibesat.cat](http://www.ibesat.cat)) a l'epígraf «Coneixements i usos lingüístics inclòs en l'apartat d'estadístiques socials».

Un 47,5% de la població de les Illes Balears utilitzaria la llengua catalana habitualment, tot i que un 5,79% indica que no ho fa tant com voldria.

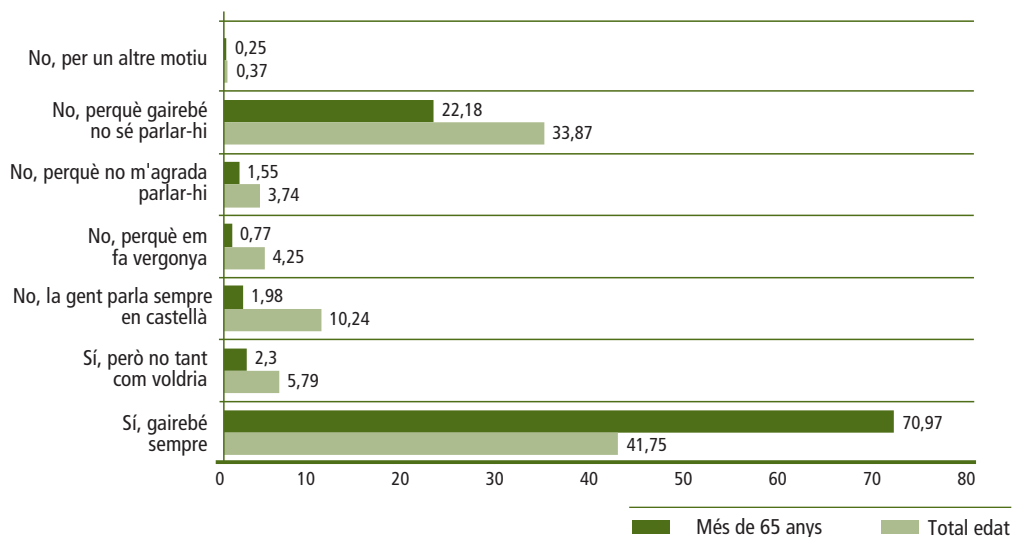
Aquest percentatge augmenta en el cas de la població de més de 65 anys i supera el 73% de la població. Només un 2,3% diu que no la utilitza tan com voldria. Per tant, podem afirmar que l'ús de la llengua catalana assoleix els màxims en els grups d'edat avançada.

Les causes adduïdes per la població en general per no parlar en català són, principalment, dues. El més important és no saber parlar-lo (prop del 34%) i que l'ús habitual del llenguatge en el seu entorn és sempre el castellà (poc més del 10%). Entre la població de més de 65 anys destaca, principalment i amb molta de diferència, no saber parlar-lo, tot i que amb menors valors (entorn del 22%).

**Taula 2** | Població de 16 anys o més que habitualment parla en català per grup d'edat (total Illes Balears)

	Total	Sí, gairebé sempre	Sí, però no tant com voldria	No, la gent parla sempre en castellà	No, perquè em fa vergonya	No, perquè no m'agrada parlar-hi	No, perquè gairebé no sé parlar-hi	No, per un altre motiu
Total	888.840	371.066	51.491	90.979	37.732	33.202	301.094	3.277
Total edat	888.840	371.066	51.491	90.979	37.732	33.202	301.094	3.277
De 16 a 35 anys	312.263	90.988	24.940	40.477	10.627	18.255	126.089	888
De 36 a 50 anys	261.367	92.489	14.599	35.385	19.445	7.602	90.275	1.572
De 51 a 65 anys	177.388	89.772	8.786	12.387	6.602	5.204	54.167	470
Més de 65 anys	137.822	97.817	3.166	2.730	1.057	2.142	30.564	347
Percentatge								
Total edat	100	41,75	5,79	10,24	4,25	3,74	33,87	0,37
De 16 a 35 anys	100	29,14	7,99	12,96	3,4	5,85	40,38	0,28
De 36 a 50 anys	100	35,39	5,59	13,54	7,44	2,91	34,54	0,6
De 51 a 65 anys	100	50,61	4,95	6,98	3,72	2,93	30,54	0,27
Més de 65 anys	100	70,97	2,3	1,98	0,77	1,55	22,18	0,25

Font: Institut Balear d'Estadística.

**Gràfic 5** | Població que parla habitualment en català. Comparació del grups de 65 i més anys amb el total considerat (16 i més anys), any 2010. Dades percentuals

Font: Enquesta coneixement i usos lingüístics 2010.

Els grups quinquennals en què menors usos del català es registren, per davall de la mitjana, són els situats entre els 20 i els 49 anys. Parlaríem per tant de població jove i adulta en plena edat laboral i, en bona mesura, aquest fet s'explica pels potents fluxos migratoris experimentats en el primer decenni del segle XXI. El grup de 30-34 anys assoliria el mínim, amb menys del 30% que utilitzaria la nostra llengua, i gairebé el 60% dels que no la utilitzen al·leguen no saber-ne o que en el seu entorn s'utilitza la llengua castellana.

## 9. L'ús lingüístic en l'àmbit familiar

L'enquesta sol·licita l'ús lingüístic del català, castellà, castellà i català o amb una altra llengua entre la persona entrevistada i la mare, el pare, els germans, els avis materns, els avis paterns, la parella i els fills.

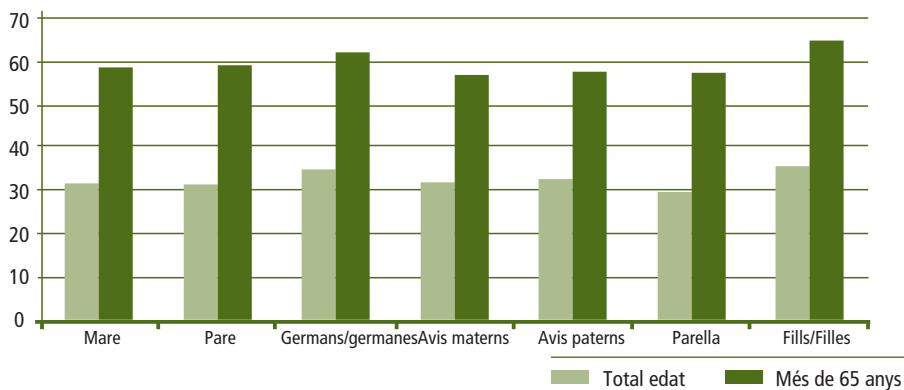
Quant a l'ús lingüístic del conjunt de la població en l'àmbit familiar, podem destacar les conclusions següents:

- La llengua majoritària dels enquestats en les seves relacions familiars, en totes i cadascuna de les categories presentades, és la castellana, que assoleix valors propers al 50% de l'ús com a llengua de comunicació en l'àmbit familiar amb unes diferències molt minses entre els distints familiars. L'ús més freqüent de la llengua castellana s'assoleix amb la parella (poc més del 55%), mentre que el menor s'assoliria amb els fills, però, tot i això, s'assoleix un percentatge proper al 47,5%.
- La llengua catalana seria la segona més utilitzada en l'àmbit de les relacions familiars, però a una distància més que considerable respecte del castellà, i registraria valors d'entre els 30 i poc més del 35% d'ús amb els distints familiars considerats. Els valors d'ús més alts s'assoleixen amb el fills i els menors amb la parella.
- L'ús d'altres llengües distintes del castellà i català assoleix uns valors prou significatius amb uns valors compresos entre un poc més del 12% i un poc més del 17%, segons la relació de parentiu. En aquest cas, els valors d'ús són més significatius amb els avis i els pares, baixen un poc en el cas dels germans i assoleixen els mínims amb els fills i la parella. Tal volta això reflectiria una aptitud d'alguns immigrants d'abandonar la seva llengua d'origen, per intentar una més ràpida assimilació a una de les llengües oficials de l'arxipèlag que, habitualment, és el castellà. Això suposa un procés de pèrdua cultural i un empobriment del bagatge lingüístic dels fills.
- La situació més poc comuna i ben poc freqüent és la de mantenir en l'àmbit familiar de relacions bilingües en català i castellà amb la mateixa persona. Tot i això, els valors més elevats es donen amb les parelles (2,7%) i els fills (més del 4% dels casos).

Si ens fixem en els hàbits lingüístics de comunicació en les relacions familiars d'acord amb l'edat i, especialment, per al grup de 65 i més anys, podem presentar les conclusions següents:

- El català assoleix, en l'àmbit de la comunicació familiar, els valors més elevats en els grups de població de més edat. De fet, el grup de població de 65 i més anys és l'únic que presenta un ús superior del català al castellà, en totes les categories familiars considerades, amb uns valors molt superiors a la mitjana general.

**Gràfic 6 |** *Percentatge d'ús habitual del català segons el grau familiar. Total de la població de 16 i més anys i de la població de més de 65 anys, any 2010*



\* Ús exclusió del català. No s'ha comptabilitzat l'ús català/castellà.

Font: Enquesta coneixement i usos lingüístics 2010.

- En el grup de la tercera edat, els valors més elevats d'ús del català s'assoleixen amb els fills (prop del 65%) i amb els germans (62%) i els menors, tot i que elevats amb els avis, amb uns percentatges propers al 57%.
- Podem afirmar, si analitzem la població per grans grups d'edat (16-35, 36-50, 51-65 i 65 i més), que hi ha una relació de tipus inversament proporcional entre l'ús de la llengua catalana i l'edat, o dit d'una altra manera, que l'ús del català és menor entre els grups més joves de la societat, contràriament a allò que succeeix amb el castellà.
- L'ús més intens del castellà en les relacions familiars es registra en els grups de població més jove, concretament el grup d'entre 16 i 35 anys, en què les xifres d'ús són molt superiors a la mitjana i s'apropen i, fins i tot, arriben a superar el 60%, sobretot amb la parella (prop del 67%) i els fills (63%).

- Els majors nivells d'ús d'altres llengües estrangeres en les relacions familiars també s'assoleixen en els grups més joves i madurs de la societat i, en determinats casos, en el grup de 16-35 i de 36-50 anys s'aproparia al 20% de persones, que es relacionarien amb idiomes no oficials a la CAIB amb les seves famílies.

## 10. Els usos lingüístics amb els amics

Ampliem una mica el cercle social, i després de les relacions amb la família directa, ens toca esbrinar què succeeix amb les amistats.

Pel que fa al total de la població, podem dir que:

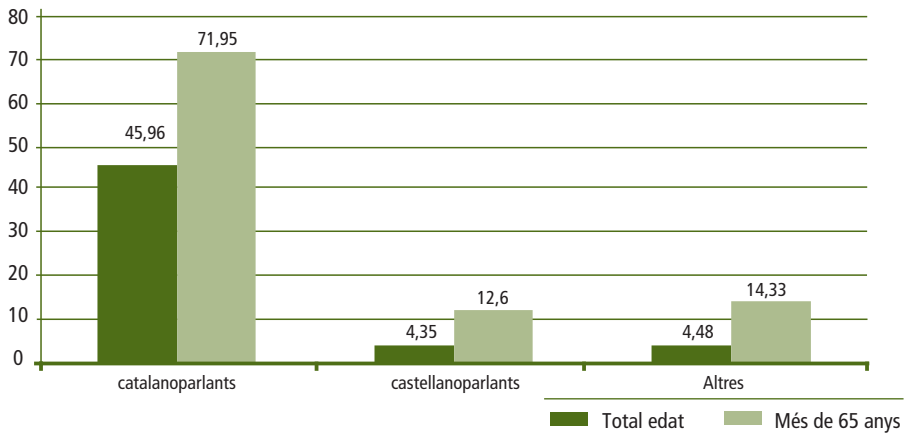
- La llengua de relació amb els cercles d'amics es troba fortament correlacionada amb la llengua que parla l'enquestat. Tot i amb això, es detecta un cert predomini de la llengua castellana.
- Els castellanoparlants utilitzen el castellà en més d'un 90% de les ocasions amb les amistats, mentre que els parlants d'altres llengües, l'utilitzen en el 50% de les ocasions. Els catalanoparlants, curiosament, utilitzen el castellà fins i tot en més ocasions que el català amb les amistats. Aquesta seria una mostra més de la potència de la llengua castellana en l'ús quotidià al nostre arxipèlag.
- El català, lògicament, assoleix el màxim ús entre els catalanoparlants, però tot i amb això, només s'acosta al 46% de les situacions de comunicació amb amics. Curiosament, el català, amb valors molt baixos, és superior entre els parlants d'altres llengües (per unes poques centèsimes) que entre els castellanoparlants.
- Entorn del 37% dels enquestats que parlen altres llengües tenen cercles d'amistat amb les quals utilitzen llengües estrangeres. L'ús d'altres llengües és, contràriament, molt baix (inferior a l'1%), tant en els catalanoparlants com en els castellanoparlants.

L'anàlisi per grups d'edat ens mostra una situació similar a les ja descrites amb anterioritat:

- El grup de població de 65 i més anys és el que mostra, amb gran diferència, un major ús de la llengua catalana. Lògicament els valors més elevats els trobem entre la població catalanoparlant, que s'acosta al 72% d'ús amb els cercles d'amics, però també presenta xifres prou elevades (en comparació a altres grups etaris) entre els castellanoparlants (12,6%) i els parlants d'altres llengües (14,33%), cosa que ens confirma, fins i tot, un ús superior del català entre els parlants d'altres llengües que entre els parlants castellans.

- Entre els catalanoparlants, la relació entre edat i ús del català és directament proporcional, mentre que entre els castellanoparlants, sembla que la tendència és inversa. En aquest col·lectiu, però, la veritat és que l'ús en els cercles d'amistats és molt baix i supera el 90%, excepte en el grup de la tercera edat, o s'hi acostava. I, a aquests valors, no hi hem sumat les situacions d'ús simultani de català i castellà, que encara n'incrementarien els valors.
- Els parlants d'altres llengües mantenen un percentatge d'ús d'altres llengües molt significatiu amb les amistats, que assoleixen els màxims en els grups d'edat més joves amb unes taxes que, fins i tot, superen l'ús del català entre els catalanoparlants.

**Gràfic 7 | Percentatge d'ús del català segons la llengua del parlant. Població de 16 i més anys i població de més de 65 anys, any 2010**



Font: Enquesta coneixement i usos lingüístics 2010.

## 11. L'ús lingüístic en el cercle extern

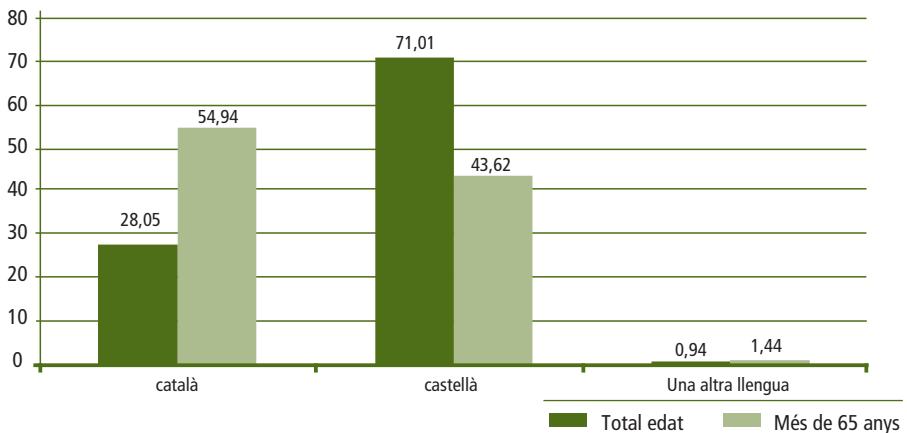
Hem anomenat cercle extern a les persones que no pertanyen al cercle familiar ni al cercle proper de les amistats.

Així, en aquest bloc, considerarem la llengua amb què els ciutadans de les Illes Balears s'adrecen als desconeguts i analitzarem què succeeix quan una persona a la qual ens adreçem en català ens respon en castellà i, inversament, què succeeix quan ens hi adreçem en castellà i ens respon en català.



- Majoritàriament, el contacte amb persones que no coneixem, i, per tant, de les quals ignorem la llengua pròpia, és el castellà. La mitjana superaria el 70% dels casos per al conjunt de la població, amb uns valors màxims en el grup de població més jove considerat (16-35 anys) de més del 80%.
- Novament se'ns dibuixa una correlació positiva d'ús del català a mesura que pugem en la piràmide etària i, contràriament, l'ús del castellà presenta una correlació inversa a l'edat. El grup que més utilitza el català, apropant-se al 55% dels casos, és la població de 65 i més anys.

**Gràfic 8 | Llengua en què és més habitual adreçar-se a un desconegut (Dades percentuals). Total de població de 16 anys i més i població de més de 65 anys, any 2010**



Font: Enquesta coneixement i usos lingüístics 2010.

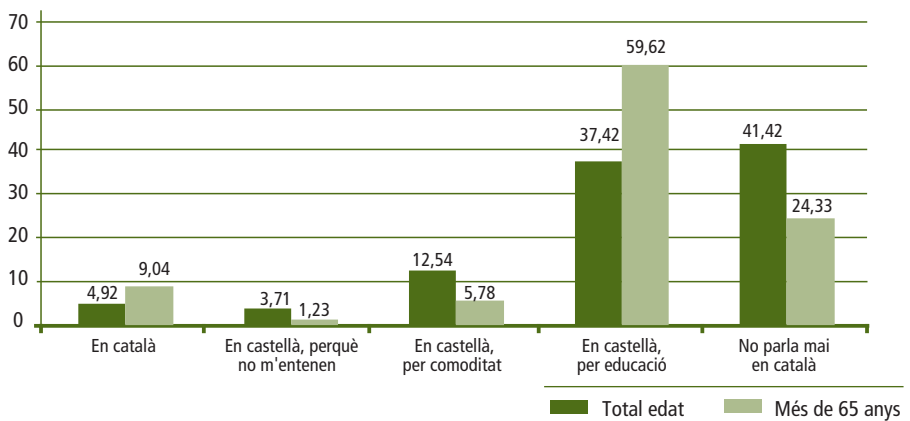
Què succeeix després d'aquest primer contacte, en cas que ens hi haguem adreçat en català i ens respon en castellà?

- La mateixa enquesta ja ens indica que aquesta situació no es produeix en moltes d'ocasions, perquè molts ja mai no iniciarien la conversa en català per no fer-lo servir com a llengua de comunicació habitual i això és especialment significatiu entre la població més jove.
- En cas que es produeixi, són molt pocs els que mantenen l'ús de la llengua i el factor explicatiu principal seria, en aquest cas, que passen a utilitzar els castellà per «educació». En aquest cas, però, s'ha d'entendre en un doble sentit, com a

deferència cap a l'interlocutor (cosa que suposaria una certa voluntarietat de canvi), però també per la pressió social i l'educació rebuda en el sentit que, davant d'un interlocutor no catalanoparlant, era obligatori el canvi immediat de llengua. De fet, aquesta és la situació més habitual i, fins i tot, entre persones molt conscienciades en la defensa de la llengua, és poc habitual oposar-se a aquesta pràctica tan arrelada però que, en bona mesura, fa que els castellanoparlants no gaudeixin de situacions d'aprenentatge i ús de la llengua catalana (recordem que molts addueixen l'ús de la llengua castellana, pel fet que era la llengua d'ús habitual per a molts d'interlocutors). Altres factors per canviar d'idioma són sentir-se més còmode (a molta distància de l'anterior) o, simplement, pel fet que l'interlocutor no ens entén (en un percentatge molt reduït).

- En definitiva, entre els que no parlen mai la llengua i els que deixen d'utilitzar-la quan l'interlocutor del cercle extern utilitza la llengua castellana, l'ús de la llengua catalana amb la població menys propera esdevé ben reduïda. De fet, menys del 5% de la població continua en català davant d'un interlocutor castellà, cosa que en una societat normalitzada i normal això no succeiria.
- També és en el grup de 65 i més anys en què més es mantindria la llengua catalana en aquesta situació, però només ho farien el 9% dels enquestats.

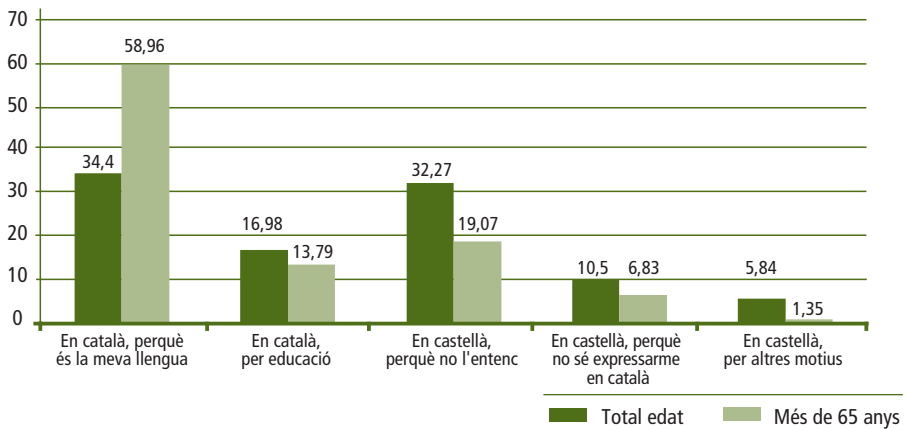
**Gràfic 9** | *Llengua en què és més habitual continuar una conversa si es respon en castellà a una pregunta feta en català (Dades percentuals). Total de població de 16 anys i més i població de més de 65 anys, any 2010*



I, si es produeix la situació contrària i després de parlar castellà ens contesten en català? Doncs podríem esperar en una societat en què hi hagués plena igualtat de coneixement i ús que es produís un canvi d'idioma i la conversa continués en català, però la situació és ben distinta, pròpia de la situació de disglòssia en què ens trobem.

- Només en el 51% dels casos la conversa continua en català. En la major part dels casos, aquest canvi el duen a terme persones catalanoparlants, que tenen el català com a llengua pròpia (34%) i un percentatge significatiu (17%) addueix una qüestió d'educació amb l'interlocutor per canviar la llengua de comunicació. Aquest percentatge és inferior a la meitat dels que passaven del català al castellà adduint aquest mateix argument.
- Un percentatge molt significatiu no canvia de llengua després d'haver-se adreçat a un catalanoparlant que li respon en llengua catalana, adduint directament que no l'entén (entorn a un terç dels enquestats), per no saber expressar-se en català (entorn del 10%) o per altres motius (prop del 6%).
- No sorprendré ningú si dic que detectem les mateixes tendències que en altres ítems, amb un increment de l'ús en el grup de 65 i més anys, que passa a utilitzar el català en prop del 60% dels casos per ser la llengua pròpia o per educació (14%) i en què els percentatges de manteniment de la llengua castellana baixen molt respecte dels altres grans grups d'edat considerats.

**Gràfic 10** | *Llengua en què és més habitual continuar una conversa si es respon en català a una pregunta feta en castellà (Dades percentuals). Total de població de 16 anys i més i població de més de 65 anys, any 2010*



## 12. El concepte de llengua pròpia, la llengua de les Illes Balears, la llibertat d'ús de la llengua i els objectius lingüístics de l'ensenyament obligatori

Finalment, revisarem aquells aspectes que l'enquesta sobre el coneixement i els usos del català ha reservat a la consideració de llengua pròpia personal, la llengua de les Illes Balears, la llibertat d'ús de la llengua i sobre la formació lingüística en els cicles obligatoris. És a dir, un apartat més de tipus vivencial i teòric que sobre la mateixa pràctica lingüística diària.

## 13. Sobre la consideració de la llengua personal com a llengua pròpia

La llengua considerada com a pròpia presenta importants diferències segons l'edat. Així, mentre que només el 36,07% de la població considera el català com a la llengua pròpia, aquest percentatge s'eleva fins el 62,2% en el grup de 65 i més anys.

La llengua castellana seria considerada com a pròpia de manera majoritària pel conjunt de la societat, amb prop del 46% del total. Aquest percentatge, contràriament, és significativament més baix en el cas de la població de 65 i més anys, amb un 24,% de residents que així el consideren.

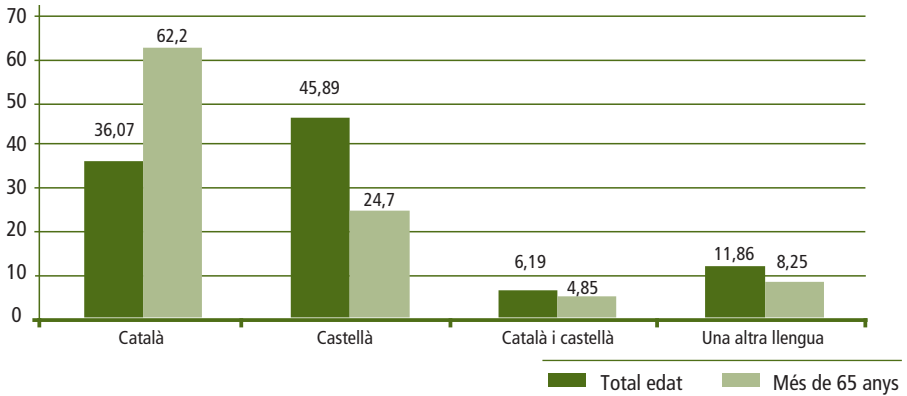
Finalment, destacaria que prop de 12% dels habitants de les Illes Balears de més de 16 anys considerarien com a pròpia una llengua no oficial a la comunitat, mentre que aquesta xifra es reduiria fins el 8,25% en el cas de població de 65 i més anys.

**Taula 3** | *Població de 16 anys o més segons la llengua considerada com a pròpia per grup d'edat (total Illes Balears)*

	Total	Català	Castellà	Català i castellà	Una altra llengua
<b>Total</b>	888.840	320.615	407.846	54.979	105.400
<b>Total edat</b>	312.263	76.093	172.191	18.164	45.815
De 16 a 35 anys	261.367	82.236	121.070	19.336	38.726
De 36 a 50 anys	177.388	76.561	80.539	10.794	9.495
De 51 a 65 anys	137.822	85.726	34.046	6.686	11.364
Més de 65 anys	137.822	97.817	3.166	2.730	347
<b>Percentatge</b>					
Total edat	100	36,07	45,89	6,19	11,86
De 16 a 35 anys	100	24,37	55,14	5,82	14,67
De 36 a 50 anys	100	31,46	46,32	7,4	14,82
De 51 a 65 anys	100	43,16	45,4	6,08	5,35
Més de 65 anys	100	62,2	24,7	4,85	8,25

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

**Gràfic 11** | *Llengua considerada com a pròpia segons l'edat. Total de la població de 16 i més anys i població de més de 65 anys, any 2010*



Font: Enquesta coneixement i usos lingüístics 2010.

## 14. Sobre la consideració de la llengua pròpia de les Illes Balears

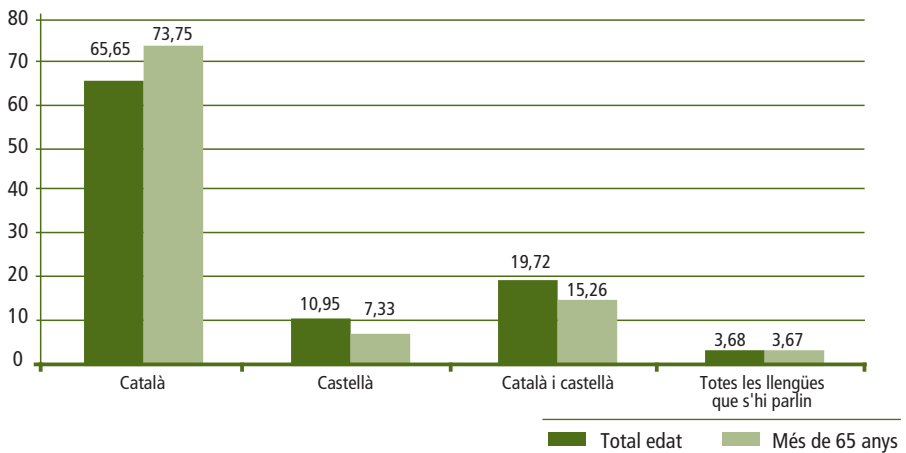
Pel que fa a la primera qüestió, sobre la consideració de quina és la llengua pròpia de les Illes Balears, hi ha una consciència molt clara en el si de la societat balear que és la catalana, amb prop del 70% d'opinions en defensa d'aquesta tesi. La segona postura més defensada (prop del 20%) és que hi ha dues llengües pròpies de l'arxipèlag, el català i el castellà. Aquesta postura pot derivar en part de l'estructura estatutària i en part de la mateixa realitat lingüística de l'arxipèlag. Això no obstant, un significatiu 11% considera que la llengua pròpia és el castellà i, fins i tot, un 3,6% afirma que són pròpies totes les que es parlen a les nostres illes.

Si aquest és el posicionament general dels enquestats, pel que fa a la població de 65 i més anys, que visquen possiblement en un entorn en què predominava més la llengua catalana, presenten uns nivells de percentatge de consideració de la llengua catalana com a pròpia de les Illes Balears més elevats (prop del 74%) i unes taxes alguns punts per davall de la doble consideració del català i el castellà com a llengües pròpies (15%), el castellà en exclusiva (7%) o el d'altres llengües que s'hi parlen (3,67%).

No hem dut a terme l'anàlisi d'altres variables, com a l'illa de residència per la impossibilitat d'ampliar l'article, però trobem grans diferències interinsulars. Menorca presenta els índexs de consideració de la llengua catalana com a pròpia més elevats (superiors al 85%, i entre la població de la tercera edat, de més del 90%). Eivissa i Formentera, contràriament, en presenta

els valors més minsos: poc més del 43% dels enquestats considera el català com la llengua pròpia de les Pitiüses i poc més del 33% considera que són pròpies el castellà i el català i, fins i tot, la consideració que ho són totes les que s'hi parlen (13%, aproximadament) supera la visió dels qui consideren que ho és el castellà (11%). Els valors de Mallorca s'apropen als mitjans de la CAIB. La potència dels fluxos migratoris té molt a veure amb aquestes consideracions, a més de la mateixa estructura sociocultural de cada entitat insular.

**Gràfic 12** | *Llengua considerada com a pròpia de les Illes Balears. Total de la població de 16 i més anys i població de més de 65 anys, any 2010*



Font: Enquesta coneixement i usos lingüístics 2010.

Val a dir, però, que l'Estatut d'autonomia (1983 i posteriors revisions) reconeix el caràcter de llengua pròpia en exclusiva a la llengua catalana i d'aquesta consideració es deriva el tractament preferent que ha tingut al llarg de bona part de l'etapa democràtica iniciada a mitjans dels setanta del segle passat.

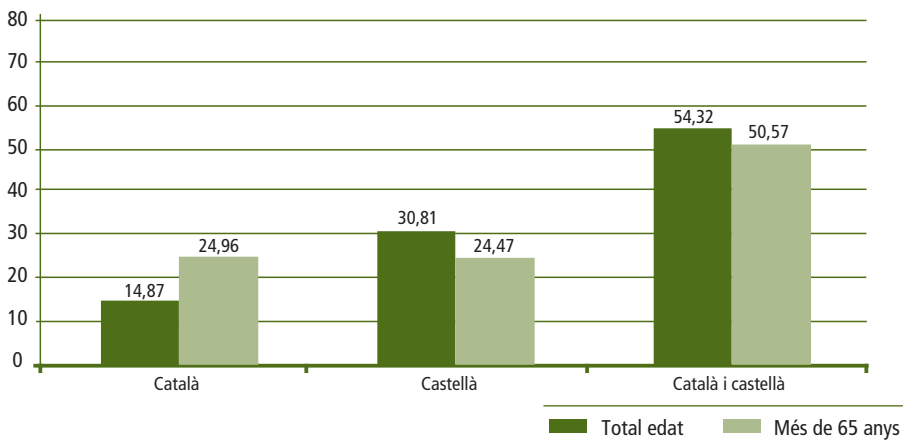
## 15. La llibertat de l'ús de la llengua

Concretament, la pregunta és: Creieu que totes les persones que viuen a les Illes Balears haurien de poder expressar-se almenys en...?

Més de la meitat de la població (54%) considera que tots haurien de ser capaços d'expressar-se en català i castellà, prop d'un terç de la població considera que els castellà hauria de ser l'idioma en què, com a mínim, haurien de ser capaços d'expressar-se i poc més del 15%, confereix al català aquesta consideració.

Per edats, novament destaca l'increment de percentatge que assoleix en el grup de 65 i més anys i que considera el català com a llengua en què haurien de poder expressar-se, amb un percentatge proper al 25%, unes dècimes superior al que considera que aquest mínim lingüístic s'hauria d'assolir amb el castellà. Tot i amb això, la meitat d'aquest grup de població aposta per assolir una doble capacitat de comunicació en llengua catalana i castellana.

**Gràfic 13** | *Llengua en què els residents de les Illes Balears haurien, com a mínim, de poder-se expressar. Total de la població de 16 i més anys i població de més de 65 anys, any 2010*



Font: Enquesta coneixement i usos lingüístics 2010.

## 16. Els objectius lingüístics de l'ensenyament obligatori

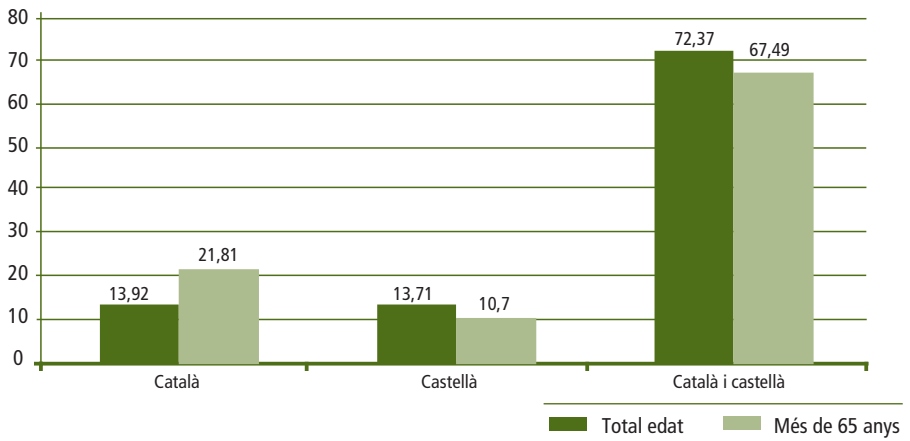
La pregunta plantejada fou «Creieu que els alumnes que han estudiat a les Illes Balears, en acabar l'ensenyament obligatori, haurien d'expressar-se almenys en...? I les respostes plantejades foren, com en les dues anteriors, català, castellà o català i castellà.

En aquest cas, la resposta s'ha decantat de manera clara cap a la darrera de les opcions plantejades i més del 72%, gairebé tres quartes parts de la població, diuen que els alumnes haurien de poder expressar-se en les dues llengües cooficials. Les opcions del català o el castellà, exclusivament, mostren una certa polarització entorn a la qüestió lingüística amb uns percentatges molts similars i propers al 14%.

Novament, i ja no ens pot sorprendre, el grup de més edat considerat (65 i més anys) és el que més defensa que s'hauria d'assolir, com a mínim, la competència oral en llengua

catalana (prop del 22%), un percentatge que duplica el dels qui defensen que s'ha d'assolir només la competència en castellà. Nogensmenys, també en aquest grup l'opció majoritària és la dels qui defensen que els alumnes haurien de poder expressar-se amb les dues llengües cooficials de la comunitat (67,5%).

**Gràfic 14** | *Llengua en la qual haurien de poder expressar-se els alumnes de les Illes Balears en acabar l'ensenyament obligatori. Total de la població de 16 i més anys i població de més de 65 anys, any 2010*



Font: Enquesta coneixement i usos lingüístics 2010.

## 17. Conclusions

Com a cloenda de l'article, intentarem resumir, objectivament, algunes de les principals conclusions que podem extreure de les dades evolutives de coneixement obtingudes de l'explotació de censos i padrons de població des del 1986 fins el 2011 i la darrera enquesta d'ús i coneixement lingüística a les Illes Balears de 2010.

- La situació lingüística de la llengua catalana és complexa al nostre arxipèlag i, per il·lustrar-la, he realitzat una anàlisi DAFO en què he intentat posar de relleu quines són les principals fortaleses i debilitats actuals i quins són les oportunitats i les amenaces vers la llengua pròpia de l'arxipèlag que en poden condicionar el seu futur.



## 18. Anàlisi DAFO de la situació lingüística del català a les Illes Balears

FORTALESES	DEBILITATS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantejament constitucional i estatutari</li> <li>• Sistema educatiu amb un professorat conscienciat i integrador</li> <li>• Entitats públiques i privades compromeses amb un model lingüístic plural i integrador, però alhora normalitzador (*)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manca de suport institucional adient i polítiques públiques actuals (**)</li> <li>• Pragmatisme social</li> <li>• Usos lingüístics que afavoreixen la llengua castellana</li> <li>• Feblesa de les actuacions destinades a acollir lingüísticament els nouvinguts</li> </ul>
OPORTUNITATS	AMENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxes elevades de capacitació en entorns escolars</li> <li>• Grups conscienciats en el valor i la defensa de llengua pròpia reconeguda per l'Estatut</li> <li>• Consciència majoritària que la llengua catalana és la llengua pròpia de l'arxipèlag</li> <li>• Noves tecnologies de la informació i la comunicació</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canvis legislatius en l'ús públic i els processos d'immersió en els nivells d'educació obligatòria</li> <li>• Un model immigratori molt potent</li> <li>• Opcions polítiques centralitzadores (estats i autonòmiques)</li> <li>• Poca cultura general i lingüística, que afavoreix els grups que potencien l'ús exclusiu del castellà o la fragmentació lingüística catalana</li> </ul>

(\*) Aquest ítem es pot convertir en feblesa, segons les polítiques definides. Hauria de ser un dels elements centrals, un veritable pal de paller de la normalització i un element de consens entre totes les forces polítiques que aspirin a governar les Illes Balears

(\*\*) Actuacions descrites en l'àmbit local, insular i local durant el Govern Bauzá (2011-2015)

Font: *Elaboració pròpia*

- Podem destacar l'existència d'un doble corrent de sentit aparentment contradictori. D'una banda, el coneixement, la capacitat d'ús oral i el domini escrit creix de manera considerable, sobretot pels plantejaments d'immersió lingüística en els nivells d'ensenyament obligatori i, de l'altra, es detecta un descens en l'ús quotidià en molts de nivells comunicatius.
- Les institucions han d'esdevenir un referent en els processos de normalització i de normalitat lingüística. Això implica un manteniment de les polítiques discriminatòries positives, per compensar les dinàmiques, els usos i els condicionants que fan que el nombre d'usuaris de la llengua pròpia de les Illes Balears presenti, en molts de casos, taxes decreixents. Un paper totalment contrari, cal incidir-hi, al que s'ha produït al llarg de la legislatura 2011-2015.
- No hi ha llibertat d'elecció, ni normalitat lingüística, si no s'assoleix primer un coneixement lingüístic suficient i, per aconseguir-ho, s'han de fomentar polítiques actives adreçades a les persones que ja han sortit o que arriben a les Illes Balears que ja

no se situen en els cicles formatius obligatoris. Això és el més freqüent tant en els casos de població immigrant laboral com residencial.

- Les polítiques d'inclusió lingüística no s'han d'adreçar només als col·lectius castellanoparlants, sinó també als col·lectius residents que utilitzen altres llengües no oficials que són, en molts de casos, refractaris a adquirir qualsevol de les llengües cooficials de l'arxipèlag.
- Les qüestions lingüístiques tendeixen a presentar fortes polaritzacions des de perspectives molt passionals, subjectives i, en molts de casos, poc documentades en què la defensa dels drets lingüístics propis comporten la imposició del model als altres. I, no cal dir-ho, aquesta situació es manifesta de manera molt més clara en els defensors de models monolingües castellans.
- Tot i amb això, hi ha una àmplia consciència sobre que el català és la llengua pròpia de les Illes Balears i, així mateix, una part important de la societat balear aposta cap al domini bilingüe de les dues llengües cooficials.
- La societat també demanda a les institucions educatives que potenciïn la competència lingüística de les dues llengües cooficials. Això no significa paritat en les hores d'ús del català i el castellà en les aules, ni que la discriminació positiva d'una de les llengües sigui contrària als interessos socials. Tot el contrari, hauria de ser cada centre que, en el marc del seu coneixement de l'entorn i de l'alumnat, dissenyi les estratègies necessàries a fi que els alumnes siguin lingüísticament competents, tant en català com en castellà. Això suposarà, en la major part dels casos, una discriminació positiva envers el català que ha de compensar els usos socials, la pressió dels mitjans de comunicació i l'entorn familiar que són majoritàriament afavoridors del predomini de la llengua castellana.
- És necessari reclamar una major implicació de la societat general en el foment i ús lingüístic, des de la modificació dels hàbits d'ús (per exemple, ús en entorns de contacte català i castellà), fins a la potenciació de l'ús de la llengua catalana en rètols, senyalització, publicitat... La normalització efectiva implica la normalitat d'ús de la llengua catalana i el cert és que hi ha un fort biaix de predomini de la llengua castellana en molts d'àmbits privats.
- Tot i que no és suficient per compensar la potència dels mitjans de comunicació privats que ens envolten, cal reclamar que els mitjans de comunicació propis potenciïn la llengua catalana i siguin un referent lingüístic potent. Això suposa canviar radicalment la política dels mitjans de comunicació del Govern de les Illes Balears, no només en l'ús lingüístic impulsat, sinó pel que fa als continguts i imatge subliminal que crea a través dels personatges i els contextos d'ús de la llengua catalana.

- Recentment s'han produït forts impulsos centralitzadors a l'estat que impliquen activament algunes de les principals forces polítiques autonòmiques i estatals. Una conseqüència n'ha estat l'increment del conflicte lingüístic que pateix la llengua catalana. No és de rebut aquest ús polític i esbiaixat de les llengües.
- Aquesta actitud ha afavorit la potenciació de grups activament contraris als processos de normalització, alguns disfressats d'entitats defensores de les modalitats locals o insulars. El populisme d'aquest missatge, juntament amb la poca formació general i lingüística de la població en general, atreu no només la població immigrant i castellanoparlant, sinó que molts de catalanoparlants adopten actituds de divisió i rebuig de la seva pròpia llengua.
- La població de més edat de la nostra societat presenta unes taxes de coneixement elevades i unes taxes d'ús superiors a la mitjana de la societat.
- Contràriament, les taxes d'alfabetització completa, que suposen la capacitat de lectoescriptura adequada en català, són inferiors a la mitjana encara que han anat augmentant. Caldria en aquest sentit potenciar la formació lingüística entre el col·lectiu a través d'activitats, cursos i tallers específics. D'aquesta manera, els ciutadans de les Illes Balears podrien recuperar la competència i el domini de la llengua del cor. Un exemple d'activitat en aquest sentit són els cursos de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la Universitat de les Illes Balears, que, en l'àmbit lingüístic, no només permeten treballar la literatura catalana i la castellana, sinó que també ofereix tallers de llengua anglesa i seminaris d'especialització en cultura popular.
- Els nous sistemes de comunicació social permeten l'accés a molts de recursos a la xarxa per treballar i avançar en el coneixement de la llengua catalana. Així mateix, permeten la creació de grups de relació i aprenentatge que poden resultar particularment interessants entre les persones de la tercera edat (per exemple, organització en parelles lingüístiques, possibilitat de fer trobades i activitats conjuntes a partir d'aquest centre d'interès...).
- Tot i amb això, l'arribada de cohorts de població immigrant i d'entorns castellanoparlants fa preveure en el futur l'arribada de contingents en què aquest ús i, fins i tot, el coneixement sigui més baix. A llarg termini, no obstant això i a mesura que els grups alfabetitzats en català a l'escola arribin a edats més avançades, aquesta situació revertirà el seu signe, com a mínim, pel que fa al coneixement.
- El futur de l'ús de la llengua catalana depèn de la conscienciació general de la població catalanoparlant, en bona mesura, i que les institucions siguin capaces de defensar un model integrador i normalitzador. S'hauria d'arribar a un pacte general entre les principals forces amb representació parlamentària en aquest sentit i evitar polítiques antagòniques en una matèria tan sensible.

- Les llengües són posseïdores de valors intrínsecs propis. Són part fonamental de la cultura dels distints pobles i territoris i sense la diversitat lingüística es perdrien un bon nombre de manifestacions culturals i la creativitat que se'n deriven de l'ús. On serien les cançons, la poesia, la literatura i el folklore sense la riquesa lingüística i els matisos que tenen cada llengua i, dins d'aquestes, cada modalitat particular?. No és pot reduir el coneixement d'una llengua amb arguments pragmàtics, que redueixen la valoració a paràmetres exclusivament quantitius o al·legant alternatives de comunicació vàlides, però que suposen l'empobriment lingüístic o el procés de substitució de la llengua pròpia.

En definitiva, ens trobem en una situació lingüística complexa, plena d'amenaçes i de fortes debilitats, però alhora comptem amb una potent estructura de fortaleses, en què l'escola és la més important. Les administracions públiques (Govern de les Illes Balears, consells insulars i ajuntaments) n'haurien de ser part i en un entorn del qual hem de saber aprofitar les oportunitats, ja vinguin de la mà dels grups altruistes i implicats en la defensa de la llengua i la cultura, ja derivin de l'aprofitament de les potents tecnologies de la comunicació i la informació que obren un món nou en el camp de l'aprenentatge i la comunicació interpersonal.

En aquest context, la tercera edat també esdevé una peça clau. Molts dels seus membres han d'adoptar un paper actiu, no només per millorar el propi domini lingüístic de la llengua catalana, sinó que poden implicar-s'hi de manera significativa, perquè altres membres d'aquest col·lectiu o de la resta de la societat adquireixen certes competències lingüístiques.

## Referències bibliogràfiques

*La llengua de les Illes Balears* (1988). Núm. II dels Quaderns d'Estadística, sèrie Blava, de l'Institut Balear d'Estadística. Dades del Padró d'Habitants de 1986. Palma: Govern de les Illes Balears.

Volum VII. Taules sobre el coneixement de la llengua de la CAIB. Cens de Població de 1991 (1993). Institut Balear d'Estadística. Palma: Govern de les Illes Balears.

Cens de 1991. Taules 1.4. Coneixement de la llengua catalana. Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT). Govern de les Illes Balears.

<http://www.ibestat.cat/ibestat/estadistiques/poblacio/censos-poblacio/cens-1991/da96af24-99ba-464d-bd86-6f7a5dd0a2b7>

Cens de 2001. Taules 1.4. Coneixement de la llengua catalana. Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT). Govern de les Illes Balears.

<http://www.ibestat.cat/ibestat/estadistiques/poblacio/censos-poblacio/cens-2001/bd1a335c-a1ce-4d5e-8abf-2fe69850118d>

Cens de 2011. Taules 1.2. Coneixement de la llengua catalana. Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT). Govern de les Illes Balears.

<http://www.ibestat.cat/ibestat/estadistiques/poblacio/censos-poblacio/cens-2011/9cc677ad-ced2-475a-9e57-e0193466a532>

Enquesta modular d'hàbits socials. Mòdul de coneixements i usos lingüístics (2010) – Estadístiques socials – Coneixements i usos lingüístics (IBESTAT).

<http://www.ibestat.cat/ibestat/estadistiques/societat/coneixements-linguistics/modul-usos-linguistics/d5c5d125-653a-4fdc-b243-e9b590431f53>

Calafat, M.: La llengua a les Balears. Una situació complexa. <http://www.tribuna.cat/cronica/illes-balears/la-llengua-a-les-balears-una-situacio-complexa-11-03-2011.html>

Diari *Ara.cat* – Com vares aprendre català quan no s'ensenyava a l'escola? [http://participacio.ara.cat/preguntes/pregunta\\_52.html](http://participacio.ara.cat/preguntes/pregunta_52.html)

Oliver Grau, S. *La transmissió lingüística intergeneracional en parelles mixtes a Mallorca*. Tesi doctoral. Abstracte.

<http://apps.morelab.deusto.es/teseo/resource/thesis/la-transmissio-linguistica-intergeneracional-en-parelles-mixtes-a-mallorca>

Quintana Petrus, J. M.: *La regulació estatutària en matèria de llengua: uns textos que el govern no pot obviar*. Article publicat en dues parts 30 i 31 de juliol de 2011. <http://quintanapetrus.com/?s=Llengua>

Soler i Camardons, J. (1993). *Sociolingüística per a joves. Una perspectiva catalana*. Quaderns d'escola, 6, vuitena edició. Barcelona: La Llar del Llibre, SA.

Tazawa, Ko: Sobre la (no) utilitat d'una llengua. *Ara*, dia 17 de maig de 2015. <http://www.ara.cat/firmes/ko/>

Terricabres, J. M.: Conferència inaugural de l'Escola Oficial d'Idiomes de Girona. 2012 <http://www.nuvol.com/noticies/josep-maria-terricabras-aprendre-llengues-per-entendre-el-mon/>

## Autor

### FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó, 1965. Geògraf. Cap de la Secció de Cartografia de la Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient i Ordenació del Territori. Ha treballat en l'organisme estadístic autonòmic, on s'ha especialitzat en les estadístiques socials i demogràfiques («Els incendis a les Illes Balears», «Estadístiques dels menors infractors», «Els noms dels nadons», etc.). Des de l'any 1990 és professor de Geografia dels cursos de reciclatge lingüístic i cultural per a docents (ICE-UIB), que d'ençà del curs 2012-13 depenen de l'Institut d'Estudis Baleàrics del Govern.

Ha col·laborat en la planificació d'equipaments hospitalaris públics per a l'IB-Salut i en diversos estudis autonòmics («PERI del Terreno», «Avaluació de les necessitats assistencials derivades de la reforma de la Llei del Menor», «Estudi de la Joventut de les Illes Balears», etc.). Diversos anys, ha estat coautor del capítol de sanitat de l'«Informe econòmic i social» de Sa Nostra, i del capítol sobre demografia i llar de la *Memòria econòmica i social* del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. Ha publicat diversos llibres, com ara, *L'epidèmia de grip de l'any 1918 a Illes Balears* (1991), *Geografia de les Illes Balears* (1997) i *Geografia física i ambiental de les Illes Balears* (2015 – en impremta) i articles en revistes científiques sobre demografia i el medi ambient de les Illes Balears. Ha participat, així mateix, en obres col·lectives, com la *Gran Enciclopèdia de Mallorca* i l'*Atles de les Illes Balears*. En el camp de l'envelliment, a l'*Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears* ha publicat els articles següents: Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural, *Anuari 2010* (pàg. 17-74); Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears, *Anuari 2011* (pàg. 21-77); La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística, *Anuari 2012* (pàg. 49-76) i Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears, *Anuari 2013* (pàg. 103-141) i Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat», *Anuari 2014* (pàg. 153-182).

En el camp de la narrativa ha publicat recentment la seva primera obra: *Contes contemporanis 1.0* (2015) a Lleonard Muntaner Editor.

**EL PROGRAMA INTERGENERACIONAL  
COMPARTIR LA INFÀNCIA /  
SHARING CHILDHOOD: L'AVAUACIÓ  
COM A ELEMENT DE PROMOCIÓ DELS  
PROJECTES INTERGENERACIONALS**

---



## **El programa intergeneracional Compartir la Infància / Sharing Childhood: l'avaluació com a element de promoció dels projectes intergeneracionals**

Carmen Orte Socias  
Margalida Vives Barceló  
Rosario Pozo Gordaliza  
M. Belén Pascual Barrio  
M. Antònia Gomila Grau  
Joan Amer Fernández

---

## Resum

Sharing Childhood (2013-2015) és un projecte intergeneracional que ha estat coordinat per GIFES (Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social de la UIB, Espanya) i ha comptat amb dues entitats col·laboradores: Foundation for the development of the education system (Lodz, Polònia) i Bayat Halk Eđitim Merkezi Mudurlugu (Afyonkarahisar, Turquia). El projecte s'emmarca en la convocatòria Lifelong Learning Programme de la Comissió Europea, dins del subprograma Grundtvig. Es tracta d'un projecte educatiu intergeneracional que pretén fomentar la interrelació entre diferents generacions en espais educatius de vida quotidiana, concretament, el centre escolar. A l'inici de l'experiència ens plantejarem dos reptes. El primer era el coneixement sobre la millora de les relacions intergeneracionals i els efectes de la intervenció sobre el context d'aplicació del programa: participants, família, professionals i comunitat. El segon repte era l'elaboració d'una guia de bones pràctiques. En aquest article presentem el resultat de l'experiència.

## Resumen

Sharing Childhood (2013-2015) es un proyecto intergeneracional que ha sido coordinado por GIFES (Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social de la UIB, España) y ha contado con dos entidades colaboradoras: Foundation for the development of the education system (Lodz, Polonia) y Bayat Halk Eđitim Merkezi Mudurlugu (Afyonkarahisar, Turquía). El proyecto se enmarca en la convocatoria Lifelong Learning Programme de la Comisión Europea, dentro del subprograma Grundtvig. Se trata de un proyecto educativo intergeneracional que pretende fomentar la interrelación entre diferentes generaciones en espacios educativos de vida cotidiana, concretamente, el centro escolar. Al inicio de la experiencia nos planteamos dos retos. El primero era el conocimiento sobre la mejora de las relaciones intergeneracionales y los efectos de la intervención en el contexto de aplicación del programa: participantes, familia, profesionales y comunidad. El segundo era la elaboración de una guía de buenas prácticas. En este artículo presentamos el resultado de la experiencia.

---

## 1. El projecte Sharing Childhood: compartint la infància

La realitat social actual afavoreix que molts infants creixin sense la proximitat de la figura de l'avi o sense referents de persones grans properes. Aquest dèficit que suposa la falta de relació directa amb els propis padrins pot esser compensat, d'acord amb l'informe Eagle (2008), amb projectes intergeneracionals que promoguin una millor comprensió i més participació de les diferents generacions, a més l'intercanvi entre elles. De fet, des del final del segle XX, Nacions Unides inclou en les seves recomanacions la necessitat de treballar

les relacions intergeneracionals, mitjançant l'aprenentatge intergeneracional, per millorar la solidaritat intergeneracioanal (Comissió Europea, 2011).

Sharing Childhood és un projecte educatiu intergeneracional que, precisament, pretén que aquesta interrelació entre generacions es produeixi, a fi d'assolir els beneficis que això comporta. La finalitat és que les relacions intergeneracionals es facin de forma natural en espais educatius de vida quotidiana, en el nostre cas, el centre escolar. Es pretén que els dos grups d'edat es beneficiïn d'aquesta relació: els grans, perquè poden transmetre la seva experiència de vida des d'un vessant actiu i els joves, perquè poden accedir a aquest llegat i comparar-lo amb la situació actual. En aquesta línia, i a partir de les orientacions educatives que es recullen en el currículum educatiu oficial de cada sistema educatiu d'educació primària dels països que participen en aquest projecte, es vol fomentar l'educació en valors. Concretament, els objectius del projecte són:

- Crear una metodologia intergeneracional d'aprenentatge de nous valors a les escoles, a partir de la incorporació de persones grans al centre.
- Fomentar valors positius relacionats amb la gent gran a través del foment d'una imatge de la gent gran com a persones actives i dinàmiques.
- Donar visibilitat a la gent gran com a persones actives i fomentar una imatge positiva de les persones grans entre els infants i la societat en el seu conjunt.
- Promocionar habilitats socials tant en els joves com en la gent gran a partir de la interrelació entre generacions diferents.
- Establir vincles socials i afectius que generin beneficis mutus i positius entre les dues generacions.
- Intercanvi de coneixements i competències.
- Estendre el procés i la metodologia del treball intergeneracional i normalitzar-los en el currículum d'aprenentatge tant dels infants com de les persones grans.

Al projecte han participat GIFES (Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social de la UIB, Espanya), Foundation for the development of the education system (Lodz, Polònia) i Bayat Halk Eđitim Merkezi Mudurlugu (Afyonkarahisar, Turquia), que compten amb un pla d'actuació coordinat (vegeu la taula 1). Les tres entitats participants van realitzar inicialment una proposta formativa conjunta que, una vegada aprovada, va donar pas a una primera fase de definició de les iniciatives en cada un dels països. En les trobades realitzades s'han pogut posar en comú les tres experiències i en el mes de juny de 2015

s'ha celebrat la cloenda del projecte a les Illes Balears amb una exposició final dels resultats obtinguts.

**Taula 1** | *Pla d'actuació*

Activitats equip UIB	Data
Reunions inicials de disseny de projecte	2013
Reunions inicials amb els agents implicats	Gener-febrer 2014
Reunions de disseny del pla formatiu	Març-abril 2014
Trobada de coordinació dels partners a Polònia	Maig 2014
Concreció dels plans formatius	Juny-set 2014
Implementació del programa	Oct-des 2014
Trobada de coordinació dels partners a Turquia	Març-abril 2015
Avaluació i elaboració guia de bones pràctiques	Maig-juny 2015
Trobada final dels partners: exposició i cloenda del projecte	Juny 2015

L'estructura bàsica del pla formatiu i el treball cooperatiu amb cada un dels centres ha permès definir per a cada context escolar un pla formatiu específic (vegeu la taula 2). El programa compta amb vuit sessions de dues hores de durada (sis unitats didàctiques i dues sessions d'avaluació pre i post), de periodicitat quinzenal i en horari lectiu.

Metodològicament, el projecte pretén fomentar aquelles pràctiques cooperatives que permeten reforçar, tant dins com fora de l'aula, l'autonomia i la capacitat d'aprenentatge de l'alumnat. En aquest sentit, les activitats fora de l'escola, els grups cooperatius de treball conjunt (i el repartiment de rols), les dinàmiques de grup o la realització d'entrevistes per a la recollida d'informació, són algunes de les estratègies que fonamenten la intervenció. Des de l'inici del projecte els equips d'implementació i les famílies han realitzat una tasca de recopilació de materials relacionats amb els barris i centres en què s'havia d'implementar el programa: publicacions sobre la història del barri (les festes, l'escola, el paisatge...) i fotografies del barri (de les famílies, de festes populars...), material didàctic antic (llibretes de cal·ligrafia, contes populars, quaderns, llapis...), jocs (elàstic, figuretes...), joguines, cançons (populars, infantils, glosses, jocs cantats).

**Taula 2** | *Estructura del programa formatiu*

Unitat didàctica	Assignatures relacionades	Temes
UD1. La infància d'ahir i d'avui: les nostres famílies	Llengua catalana i literatura Coneixement del medi, natural i social	Records de la infància i la infància actual. Com eren les famílies i les relacions familiars abans i com són ara. Treball remunerat i tasques domèstiques.

Unitat didàctica	Assignatures relacionades	Temes
UD2. El nostres amics i referents	Llengua i literatura catalanes. Educació artística. Coneixement del medi, natural i social.	Records sobre amics i referents. Els amics i referents dels nins i nines.
UD3. L'escola d'abans i d'ara. Els nostres aprenentatges	Llengua catalana i literatura. Llengua castellana i literatura. Educació artística. Coneixement del medi, natural i social.	Records sobre assignatures, professors, imatges, olors. L'escola d'ara.
UD4. Què faig en sortir de l'escola: jocs i activitats extraescolars	Educació física. Llengua catalana i literatura. Educació artística.	Activitats i jocs al pati de l'escola i fora de l'escola.
UD5. El meu barri	Coneixement del medi, natural i social Llengua catalana i literatura. Educació artística.	Com era el barri abans i com és ara. Llocs favorits.
UD6. Festes populars	Coneixement del medi, natural i social Llengua catalana i literatura. Educació artística.	Els records de les festes i les festes actuals.

## 2. El treball col·laboratiu i l'avaluació com a estratègies centrals del projecte

A banda de la diversitat cultural i familiar que caracteritza la realitat educativa actual, els centres educatius en què s'ha aplicat el projecte a les Illes Balears representen entorns comunitaris molt diferents. En dos d'ells (un situat al centre i un altre a la perifèria de Palma) el percentatge d'alumnat estranger és elevat i l'estatus socioeconòmic és mitjà-baix. Al tercer, ubicat en una barriada de Palma amb una configuració més pròpia d'un entorn rural, la procedència cultural de les famílies no és tan diversa i l'estatus socioeconòmic és més elevat.

L'estratègia de treball col·laboratiu és una exigència que l'equip de treball s'ha plantejat des de la posada en marxa del projecte. Des de l'inici, la coordinació de tots els participants al projecte es planteja en diferents nivells: coordinació del mateix equip d'investigació GIFES; coordinació de GIFES amb les associacions de pares i mares; coordinació de GIFES amb l'equip sènior; coordinació de cada equip d'implementació en cada centre educatiu; coordinació de tots els participants en el projecte.

En el procés de preparació i disseny del projecte es va definir un sistema d'avaluació del procés i dels resultats (vegeu la taula 3).

Per analitzar els canvis produïts en relació amb les percepcions mútues, les actituds, els valors i les creences relacionats amb l'edat s'ha aplicat un qüestionari estàndard sobre les relacions intergeneracionals, abans i després de la intervenció; a més, s'han utilitzat qüestionaris de satisfacció tant per als infants com per als grans. D'altra banda, en finalitzar

la implementació s'han organitzat grups de discussió amb els sèniors i el professorat participant. Altres instruments de recollida d'informació han estat: qüestionaris de fidelitat de les sessions; observació sistemàtica a l'aula (informes de sessions: respostes dels infants, participació...); qüestionaris d'avaluació de les sessions per als infants i els sèniors (nivell de satisfacció, què han après, què els ha agradat més, què els ha sorprès més...), actes de reunions de seguiment de l'equip d'implementació; registres escrits i audiovisuals (material en paper i audiovisual, fotos, collages...).

**Taula 3** | *Indicadors bàsics d'avaluació del projecte*

<b>Criteris avaluació infants</b>
Participació activa
Compliment i qualitat de la tasca presentada i realitzada a classe
Compliment de les normes
Nivell de satisfacció i impacte
<b>Criteris avaluació formadors</b>
Fidelitat programa
Habilitats de comunicació i dinamització (capacitat d'empatia)
Habilitats de planificació, organització i coordinació
Nivells de satisfacció i impacte
<b>Criteris avaluació tutors</b>
Habilitats de planificació, organització i coordinació
Nivell de satisfacció i impacte
<b>Criteris avaluació equip de suport</b>
Habilitats de planificació, organització i coordinació
Nivell de satisfacció i impacte

Actualment ens trobem en la fase d'avaluació final de la iniciativa i d'anàlisi dels resultats obtinguts. A l'inici de l'experiència ens plantejarem dos reptes. El primer era el coneixement sobre la millora de les relacions intergeneracionals i els efectes de la intervenció sobre el context d'aplicació del programa: participants, família, professionals i comunitat. El segon era l'elaboració d'una guia de bones pràctiques. A continuació presentam el resultat de l'experiència.

### 3. Alguns dels resultats més significatius...

El projecte Sharing Childhood pretén impulsar la cooperació entre generacions —i diferents grups, professionals, famílies, voluntariat, etc.— (Comissió Europea, 2012) tot creant models positius de relació intergeneracional i promovent una cultura participativa

en els contextos de l'aplicació. L'anàlisi de totes les dades recollides del procés i els resultats ens aporta propostes de millora de la pràctica educativa i de les dinàmiques iniciades a partir d'aquest projecte.

Si entenem que la pràctica intergeneracional transcendeix les portes dels centres i institucions on es du a terme (Gutiérrez i Hernández, 2013, p. 232-233), no podem entendre l'avaluació del nostre projecte sense avaluar des dels diferents àmbits implicats en el mateix. En aquest sentit, l'avaluació compta amb la informació aportada per part dels participants del projecte.

Les investigacions evidencien beneficis perquè millora la relació entre les generacions, tant per als més grans com per a les més joves (IMSERSO, 2009; Bentancor, 2009; ONU, 2002; Pascual i Gomila, 2013), així com en les famílies, els professionals implicats i la comunitat en general (Orte, 2014). Pel que fa a la gent gran, amb l'avaluació preteníem conèixer els beneficis que l'experiència els havia aportat, principalment en les seves relacions socials, participació i satisfacció. Quant als infants, ens interessava conèixer la influència de la intervenció sobre la millora dels resultats acadèmics, les habilitats de comunicació i d'aprenentatge. També ens interessava conèixer com augmenta el seu interès pels coneixements de la gent gran, així com pel coneixement del passat i el patrimoni cultural de la comunitat en què viuen.

Fent una síntesi dels aspectes que s'estan analitzant en profunditat, podem dir que els canvis més destacables en els sèniors els trobam en l'augment de la freqüència per jugar, desitjar anar a caminar, al cine o a fer esport; així com per fer les tasques domèstiques. Pel que fa als estudiants, també s'incrementa la freqüència de joc i de col·laboració en les tasques domèstiques, així com la voluntat d'anar a jugar i per col·laborar en les tasques de casa (vegeu la taula 4).

**Taula 4** | *Canvis en les freqüències d'activitats*

**Millorar la freqüència dels sèniors:**

Per fer les tasques domèstiques (36,4% a vegades )

Jugar (45,5% a vegades )

Per desitjar anar a caminar, anar al cinema, fer esport (36,4% tots els dies)

**Millorar la freqüència dels estudiants:**

Per fer les tasques domèstiques (25,3% tots els dies)

Voler fer les tasques per casa (41,5% tots els dies)

Per jugar (59% tots els dies)

Voler jugar (46,2 % a vegades )

Pel que fa a les actituds davant les altres generacions, trobem algunes evidències de canvi que cal tenir en compte. En primer lloc, pel que fa a les millores d'actituds vers els sèniors, una vegada finalitzat el programa destaca el fet que els alumnes troben més productius i organitzats els majors. Per la seva part, després de l'experiència, els sèniors valoren que els alumnes són més independents, segurs, cooperatius i optimistes. Ambdues generacions milloren les actituds respectives i les consideren liberals, satisfetes, ordenades, segures, tolerants i emocionants (vegeu la taula 5).

**Taula 5** | *Actituds davant les diferents generacions*

Sèniors	Ambdues generacions
Productius (2,63)	Liberals (2,68) (2,20)
Organitzats (3,22)	Satisfets (1,92) (3,20)
Estudiants	Ordenats (1,65) (3,09)
Independents (2,67)	Segurs (1,98) (2,00)
Segurs (1,65)	Tolerants (2,30) (2,64)
Cooperatius (1,87)	Emocionants (2,30) (1,50)
Optimistes (2,00)	

Les persones grans valoren la seva experiència i destaquen el coneixement adquirit, la sorpresa que va suposar l'experiència una vegada començada i l'agraïment i la satisfacció que senten una vegada ha acabat el projecte. Algunes expressions textuais:

*Han estat unes vivències meravelloses. Crec que els alumnes que ens han tocat, per ells ha suposat un canvi en les seves rutines diàries: es temps, es tracte i situacions viscudes amb persones d'una altra edat i amb tants de costums diferents que hi ha. Crec que els ha aportat molt, s'ho han passat molt bé i en el meu equip n'hi havia un que era un poquet difícil; però, com han dit abans, amb l'ajuda del tutor, aquesta cosa difícil se va convertir, per jo, en una experiència molt guapa. Me varen acollir i era allò de: «¿Quieres ser mi abuela?».*

*M'ha aportat moltíssim de coneixement i si ara me diguessin d'anar de tant en tant allà hi aniria encantadíssim. Jugar al pati, jo hi aniria i gaudiria d'anar-hi. Ho he trobat molt positiu... En pla general crec que també és direcció d'elles i hem pogut fer les coses perquè ho tenien tot preparat i crec que si no fos per elles no hauríem fet res. Sí, ara, jo que no som res humil... vos diré que he donat tot el que podia. Hem fet tot el que sabíem fer, és això.*

*Bé, jo crec que hem aportat de tot, tant sigui del barri, de costums, de família, etc. Crec que els va interessar moltíssim. A més, avui que sabem que a les famílies falta molta comunicació, jo crec que ha estat molt positiu.*



*Es projecte ha estat un èxit, perquè consider que ha estat una cosa que ens ha enriquit, és la veritat. Hem vist coses que no ens imaginàvem, situacions familiars que per jo eren alienes i crec que hem aportat el nostre granet d'arena tots.*

*Bé, jo crec que els al·lots han tret profit i prova d'això és el que va dir una mare a l'autobús, que ens deia que el seu fill es posava content quan sabia que vendríem. «Ai que bé, estaran amb noltros!». Els va agradar, a mi com és normal me va encantar i estic contentíssim d'haver-ho fet.*

El fet d'escoltar els nins, estar amb ells: «*estar assegut amb ells i que fossin capaços d'estar asseguts sense que ningú els obligués... ha estat meravellós, una gran satisfacció*».

Pel que fa al procés, tots ells valoren molt satisfactòriament la feina del professorat tutor i afirmen que han canviat la seva opinió al respecte. Encara així, destaquen la conveniència d'implicar més professors en el projecte, sobretot en els casos en què es requereix l'atenció de l'alumnat amb necessitats específiques. També destaquen positivament la metodologia dels els equips cooperatius, l'heterogeneïtat com a clau del funcionament dels grups-classe, la distribució de l'alumnat en equips amb perfils i nivells diferents que permeten l'intercanvi i l'ajuda mútua.

Des del seu punt de vista, consideren que la seva presència ha comportat beneficis per a l'alumnat, ja que els ha permès:

- Ajudar els infants a connectar amb el passat, ja que sovint els avis no hi són o, si hi són, no els dediquen temps per explicar i mostrar com eren les coses en el passat.
- Col·laborar en la preservació de la cultura autòctona per part de la població estrangera i en general, ja que entenen que la transmissió cultural entre les generacions ha estat substituïda per la influència dels mitjans de comunicació, les xarxes, etc.
- Més que transmetre coneixements, dóna la possibilitat als alumnes d'extreure la vivència de l'experiència mateixa.

Les propostes de millora que fan són:

- Coneixement previ dels alumnes: la importància del petit grup i conèixer pel nom tots els participants.
- Coordinació entre les sessions: ha estat diferent en cada centre, però és un aspecte que s'ha de revisar.

- Possibilitat d'intercanvi entre les tres experiències que es facin simultàniament, aprofitar el seguiment del procés.
- Millor coordinació entre els comissaris de l'exposició.
- La diversitat entre centres i dins cada centre, aula i grup. Es destaca la diferència entre els tres centres participants.

Pel que fa a la valoració del professorat, consideren l'experiència enriquidora per a ells mateixos, per als grans i per als infants. En relació amb l'alumnat, consideren que l'experiència ha creat motivació per les activitats («els nens esperaven, tenien el material preparat...»), ha afavorit la creació d'un vincle («temps per estar i parlar: amb els propis no hi ha temps o viuen fora») i ha pogut canviar percepcions que prèviament tenien dels grans. Més que l'assignació dels temes a assignatures concretes, valoren la necessitat d'implicar diferents matèries, malgrat la dificultat organitzativa que això implica.

De la informació recollida fins al moment es desprenen alguns elements per a la reflexió i línies de treball que s'han de considerar en el futur.

- La implicació dels centres i el treball en equip: la necessitat de vincular el projecte al currículum d'etapa i al contingut de diverses assignatures (i comptar amb la col·laboració d'un equip de professors).
- L'autonomia de l'equip d'implementació: la capacitat dels centres per gestionar el projecte amb el suport dels sèniors i altres agents complementaris: repartiment de funcions i responsabilitats, etc.
- Treball col·laboratiu/en xarxa: es considera necessari combinar l'estructura bàsica del disseny inicial amb les aportacions que es puguin fer des dels centres que incloguin les propostes concretes de l'equip de professorat de cada centre i les propostes d'entitats ciutadanes que puguin enriquir el projecte.
- Multiculturalitat i diversitat familiar: convindria comptar amb el perfil dels grups amb què treballarem i caldrà considerar aquesta diversitat en l'adaptació de les unitats didàctiques. De fet, cal definir el perfil de l'alumnat amb antelació i contemplar el potencial que té el treball amb la diversitat familiar. El professorat destaca que, a banda de l'intercanvi de l'experiència en si mateixa, els grans tenen la possibilitat de conèixer la realitat diversa de les famílies actuals.
- Participació de les famílies: consideram que el projecte és una oportunitat per integrar les famílies des del disseny del projecte. S'han de buscar estratègies que ajudin a

implicar les famílies abans de l'inici del projecte: des de sessions informatives prèvies, fins a la celebració del final de programa (exposició final). Des de l'inici, els tutors (i el professorat implicat, si cal) i la representant dels pares i mares del curs en qüestió han de formar part de l'equip.

- Formació de l'equip d'implementació: a l'igual que es va fer en aquesta implementació, la formació metodològica en treball cooperatiu és un dels elements que s'han de considerar. Un altre aspecte pot ésser el tema de la diversitat als centres educatius de les Illes Balears. Aquesta és una qüestió que ens plantejarem en analitzar els discursos del grup de discussió. Destacava una visió de l'escola més centrada en el dèficit que no tant en la comprensió de les diferències culturals, el context escolar i la realitat social que caracteritza cada barri. En aquest sentit, la diversitat cultural és un element sobre el qual caldria treballar. La majoria dels alumnes participants a Sachi han estat estrangers. Freqüentment els sèniors parlen dels alumnes estrangers com una excepció en el perfil de l'alumnat de les Illes Balears i es diferencia entre els infants d'aquí i els estrangers.

Més enllà d'aspectes metodològics i formatius, en futures implementacions ens interessaria saber si un programa intergeneracional d'aquestes característiques pot millorar les relacions familiars, la relació de les famílies amb el centre educatiu i el coneixement de les famílies sobre el procés formatiu dels seus fills. Des del punt de vista escolar, ens interessaria conèixer si pot augmentar la motivació del professorat per realitzar aquest tipus d'activitats, si la iniciativa ajuda a apropar l'aprenentatge escolar a la realitat de la comunitat, i si pot millorar la relació amb les famílies del centre i amb la comunitat.

#### 4. Una proposta de bones pràctiques

El segon repte del projecte era l'elaboració d'una guia de bones pràctiques per treballar als centres escolars (amb estudiants de primària) i a les universitats (amb estudiants de programes universitaris per a persones grans) per crear un espai i un context que possibiliti el treball conjunt, la visibilitat del col·lectiu dels grans i complir la funció transmissora de la cultura i del coneixement.

Aquesta guia incorpora bona part de les recomanacions relacionades amb els projectes intergeneracionals (ENIL, 2012; Comissió Europea, 2012; Domínguez, 2012; Sánchez i Díaz, 2005; Sánchez, 2007): des de la fonamentació teòrica, fins a la planificació i el disseny, l'adequació d'una metodologia participativa (el treball comunitari en xarxa, etc.), un sistema d'avaluació (que ha de permetre mesurar l'impacte que les actuacions tenen sobre els beneficiaris).

Aquesta guia de bones pràctiques ha d'aportar les bases per poder treballar de manera eficaç en la formació i la pràctica de valors socials en tots dos col·lectius.

L'estructura d'aquesta guia contempla els següents aspectes:

- Fonamentació teòrica del projecte
- Objectius i competències
- Metodologia
- La formació de l'equip
- El sistema d'avaluació
- La disseminació i la transferència de coneixement

Les competències i els objectius que es volen aconseguir poden estar vinculats amb el currículum de les pròpies institucions, independentment del tipus d'institució (escolar / no escolar) que impulsi i desenvolupi el projecte. És menester tenir consideració per les persones (infants i grans) amb necessitats específiques en la definició de les competències i la metodologia que s'ha de treballar.

Les competències bàsiques que planteja el projecte espanyol es corresponen amb les que formen part del currículum de sisè curs de primària:

- Aprendre a aprendre.
- Comunicació lingüística.
- Competència social i ciutadana.
- Competència cultural i artística.

Les competències específiques del projecte són les següents:

- Estructurar l'explicació d'un joc.
- Planificar, realitzar i analitzar una entrevista.
- Donar instruccions orals.
- Participar en les situacions de comunicació a l'aula.
- Expressar les pròpies opinions.
- Conèixer la riquesa cultural mitjançant la pràctica de jocs populars.
- Valorar el joc com una activitat de caràcter lúdic i social.
- Relacionar-se amb altres persones mitjançant el joc.
- Coneixement i interacció amb el món físic.

A part, es treballen altres competències específiques de les assignatures relacionades (educació física, llengües i literatura, educació artística, coneixement del medi, natural i social).

Els elements principals de la metodologia que recomanem són el treball col·laboratiu en xarxa i l'autonomia de l'equip d'implementació pel que fa al funcionament general del projecte. Quant a la metodologia docent, optem pel treball cooperatiu.

El treball en xarxa permet establir el paper que cada part exercirà en el projecte. L'escola, amb major o menor responsabilitat, ha d'ocupar un lloc central. És important combinar l'estructura bàsica del disseny inicial amb les aportacions que puguin fer-se des dels centres que incloguin les propostes concretes de l'equip de professorat de cada centre i les propostes d'entitats ciutadanes que puguin enriquir el projecte. El treball col·laboratiu n'exigeix la implicació dels centres i la necessitat de treballar en equip de forma coordinada entre els agents implicats. Un dels elements clau és precisament aconseguir la implicació dels professionals (professors, monitors...) i dels equips directius dels centres.

En aquest sentit, l'esforç i l'increment de treball que suposa, especialment per als docents dels centres educatius, la participació en aquest tipus de projectes intergeneracionals requereix estratègies que facilitin, estimulin i incentivin la implicació en el projecte. La implicació de les famílies i d'altres agents de la comunitat constitueix també un dels elements clau del treball col·laboratiu en xarxa. El projecte és una oportunitat per integrar les famílies des del disseny inicial, mentre que, d'altra banda, la implicació del barri pot ajudar a augmentar el potencial del projecte, per exemple, visites, participació de les associacions de gent gran, etc.

Els projectes han de contemplar funcions i àrees de responsabilitat que fomentin la participació de les famílies i agents de la comunitat. Alhora, també cal posar en marxa estratègies i mecanismes de coordinació que incentivin la participació i la implicació continuada en el projecte. Algunes d'aquestes estratègies podrien ser:

- Incentius de reconeixement professional, beneficis laborals, etc. per als professionals implicats.
- Vinculació del projecte al currículum d'etapa i al contingut de diverses assignatures.
- Incentius per a les famílies i altres agents de la comunitat: de tipus festiu, reconeixement social, col·laboració en actuacions conjuntes, etc.
- Flexibilitat en els calendaris i horaris d'aplicació (substituir l'horari escolar per un altre horari extraescolar o en període de vacances, que no saturi els professionals i faciliti la participació de les famílies).
- Formació per a tots els agents implicats i sessions informatives inicials.

Pel que fa a l'autonomia de l'equip d'implementació, consideram necessari preservar la capacitat dels centres per gestionar el projecte amb el suport dels sèniors i d'altres agents complementaris: repartiment de funcions i responsabilitats, etc.

A més, en el projecte és fonamental la metodologia de treball en equips cooperatius (heterogenis), la distribució del grup-classe en equips amb perfils i nivells diferents que permeten l'intercanvi i ajuda mútua. En el cas d'atenció a la diversitat, s'ha d'indicar la relació de les activitats amb les adaptacions curriculars individuals que hi pugui haver al grup (tutor/a).

La formació ha de constituir l'element de motivació i d'estímul per a la participació, a la vegada que ha de facilitar el desenvolupament de relacions intergeneracionals positives. En aquest sentit, és interessant el desenvolupament d'actuacions de sensibilització-informació sobre el projecte, tot incidint en els beneficis que el contacte intergeneracional i el treball col·laboratiu poden generar en tots els col·lectius implicats: menors, famílies, gent gran, professionals, comunitat. D'altra banda, la formació/preparació inicial dels participants sèniors, així com d'altres agents implicats (famílies, professorat, agents de la comunitat...), és imprescindible per poder fer front, durant la implementació del projecte, en aspectes com la diversitat cultural dels grups de menors o el treball amb menors amb necessitats específiques.

Alguns continguts de la formació:

- Sessions informatives i/o de sensibilització prèvies al desenvolupament del projecte.
- Formació específica sobre el context educatiu actual: la diversitat entre els centres i dins de cada centre, aula i grup. La visió de l'escola des d'una perspectiva inclusiva-comprehensiva (no des del dèficit o els problemes irresolubles). Diferències socials (diversitat cultural, etc.) i desigualtats educatives (...).
- Coneixement previ del grup d'alumnes. Per exemple, la concentració d'alumnat NESE i NEES, i la disponibilitat de recursos a l'aula insuficients per a una atenció adequada.
- Formació pedagògica i didàctica bàsica que faciliti el desenvolupament de competències i objectius assenyalats.
- Formació en el sistema d'avaluació del programa: instruments, moments i responsabilitat dels diferents agents participants.

El sistema d'avaluació és un eix fonamental de la proposta metodològica. Només amb l'avaluació sabrem si la nostra intervenció afavoreix el canvi i es donen els beneficis esperats. Per tant, el grau de compliment permetrà conèixer de forma objectiva els resultats de la implementació. Tot i així, entenem que el compliment dels requisits d'avaluació suposen una dedicació que, en determinades circumstàncies, costen més esforç. El foment de la cultura d'avaluació és un dels objectius que també s'inclouen com a pràctica recomanable.

Necessitam comptar amb una estructura de competències i continguts que ens permeti avaluar el que s'ha aconseguit i com s'ha aconseguit: elements i criteris d'avaluació, indicadors, instruments, objecte i moments de l'avaluació. Alhora, és important desenvolupar instruments d'avaluació senzills que siguin fàcilment comprensibles i que no saturin o interfereixin en el desenvolupament del programa. Els criteris de l'avaluació que es proposen són els mateixos que hem presentat prèviament. Els instruments són els següents:

- Qüestionari estàndard sobre les relacions intergeneracionals (sobre percepcions, actituds, competències principals...) (pre i post).
- Qüestionari de fidelitat sessions.
- Observació sistemàtica en l'aula.
- Reunions de seguiment de l'equip d'implementació.
- Diari dels alumnes: redacció per part dels infants sobre què han après, què els ha agradat més, què els ha sorprès més...
- Grups de discussió final: alumnat sènior / tutors/es.
- Qüestionari de satisfacció (final): infants, gent gran.

La difusió del programa i dels resultats generats ha de ser un element clau per tal d'assegurar una continuïtat d'aquest tipus de projectes (recomanació feta per ENIL, 2012) i que permeti la gradual incorporació d'aquesta forma de treball en els centres educatius (independentment del tipus de centre) i un major reconeixement per part de l'administració educativa i local (Comissió Europea, 2012)

## Referències bibliogràfiques

Bentancor, A. (2009). *Educando desde una visión integral de la vida perspectiva del trabajo intergeneracional en centros educativos*. Servicio de Psicología en la vejez. Facultad de Psicología. Universidad de la República. <<http://inmayores.mides.gub.uy/>>.

Comisión Europea (2011). *Guía de ideas para la Planificación y Aplicación de Proyectos Intergeneracionales. Juntos: ayer, hoy y mañana*. Proyecto MATES —Mainstreaming Intergenerational Solidarity (Solidaridad para la Integración Intergeneracional) Lifelong Learning Programme.

Comisión Europea (2012). *One StepUp in later live. Learning for Active Ageing and Intergenerational Solidarity*. Conference Report. DG Education and Culture. Brussels, 19-21 November 2012. <[http://ec.europa.eu/education/adult/doc/confageing/report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/education/adult/doc/confageing/report_en.pdf)>.

Domínguez, M. E. (2012). Programas intergeneracionales: reflexiones generales a través de un análisis DAFO. *Revista Electrónica de Psicología Social. Poiésis*, 24.

Eagle Consortium (2008). *Intergenerational Learning in Europe. Policies, Programmes & Practical Guidance*. Socrates. Grundtvig. European Commission <<http://www.menon.org/wp-content/uploads/2012/11/final-report.pdf>>.

ENIL (European Network for international Learning) (2012). *International learning and Active Aging*. Grundtvig. European Commission. Lifelong learning programme. <[http://www.enilnet.eu/Intergenerational\\_Learning\\_and\\_Active\\_Ageing\\_Executive\\_Summary.pdf](http://www.enilnet.eu/Intergenerational_Learning_and_Active_Ageing_Executive_Summary.pdf)>.

Gutiérrez, M. i Hernández, D. (2013) Los beneficios de los programas intergeneracionales desde la perspectiva de los profesionales. *SIPS-Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, 21, 213-235 (tercera època).

IMSERSO (2009). Ponencia C. Relaciones intergeneracionales. *II Congreso del Consejo estatal de las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Macías, L.; Alzina, P. i Tur, G. (2010). Relacions intergeneracionals a la Universitat Oberta per a Majors: tres exemples d'experiències. Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, 351-387.

Macías, L.; Orte, C. i March, M. X. (2011). Programas Universitarios para Mayores y relaciones intergeneracionales. La experiencia de un programa. Alonso, P. M. (dir.). *Revista*



de *Ciencias de la Educación: Órgano del Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación*, núm. 225-226, 227-249.

Macías, L., Orte, C. i March, M. X. (2012). Programas Universitarios para Mayores y relaciones intergeneracionales. La experiencia de un programa. Jiménez, A. i Palmero, C. (coords.). *Programas Universitarios para Mayores. Revista Memorialidades*, Brasil: Universidade Estadual de Santa Cruz, núm. 17, 431-474.

ONU (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. A/CONF.197/9*. Nova York: Organización de Naciones Unidas.

Orte, C., Vives, M., Pascual, B. i Gomila, M. A. (2014). Sharing childhood, compartint la infància a les escoles amb una mirada intergeneracional. El primer any de feina junts. *Anuari de l'Educació de les Illes Balears 2014*. Palma: Fundació Guillem Cifre de Colonya, 328-347.

Pascual, B. i Gomila, M. A. (2013). Treball comunitari intergeneracional: l'experiència de dos projectes socioeducatius a Palma. *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2013*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i UIB, 83-102.

Sánchez, M. i Díaz, M. P. (2005). Los programas intergeneracionales. Pinazo, S. i Sánchez, M. *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.

Sánchez, M. (dir.) (2007). *Los programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Colección de estudios sociales, núm. 23. Barcelona: La Caixa.

## 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 i en educació de persones grans. L'any 1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà van crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013.

És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques i l'educació per a la competència familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat i diverses investigacions europees en el context de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans en diversos països europeus. És la directora de la International Summer Senior University. És subdirectora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB.

### MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma, 1978. Llicenciada en psicopedagogia, doctora amb menció europea en ciències de l'educació per la UIB. Professora ajudant doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Entre les seves línies de recerca principals destaca la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil i la resolució de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, en què ha treballat amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida en la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB.

### ROSARIO POZO GORDALIZA

Diplomada en educació social i llicenciada en psicopedagogia amb diverses especialitzacions (màsters) en problemes socials, etnicitat i gènere, entre d'altres. Doctora en sociologia. Ha estat becària FPU del Departament de Sociologia de la Universitat de Granada i consultora internacional en temes de gènere i desenvolupament a Àsia. Actualment és professora ajudant doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB.

**M. BELÉN PASCUAL BARRIO**

Palma, 1968. Llicenciada en sociologia i ciències polítiques per la Universitat Complutense de Madrid i doctora en ciències de l'educació per la Universitat de les Illes Balears. És professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social de la UIB (<http://gifes.uib.eu>). Les seves línies de recerca inclouen les àrees de sociologia de l'educació i la pedagogia social i es relacionen amb l'anàlisi del sistema educatiu, la intervenció socioeducativa amb famílies, la intervenció comunitària o la inserció sociolaboral dels joves.

**M. ANTÒNIA GOMILA GRAU**

Llicenciada en ciències polítiques i sociologia en l'especialitat d'antropologia social per la Universitat Complutense, doctora en història per l'Institut Universitari Europeu. Becària Marie Curie a l'Institut d'Ethnologie Méditerranéenne et Comparative de la Universitat de Provença (França), on va desenvolupar un projecte de recerca sobre les relacions intergeneracionals en la família. És professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Els seus temes d'interès se centren en les relacions intergeneracionals, la família i l'escola.

**JOAN AMER FERNÁNDEZ**

Selva, 1976. Llicenciat i doctor en sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears. Membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES, <http://gifes.uib.eu>). Les seves línies de recerca són els programes familiars basats en l'evidència, la pedagogia social i la sociologia de l'educació i la família. En l'àmbit del estudi de l'envelliment ha publicat sobre la immigració europea de jubilats a Mallorca i sobre històries de vida de gent gran i de dones grans immigrants.

**UNA EXPERIÈNCIA INTERCULTURAL EN  
L'EDUCACIÓ DE LES PERSONES GRANS:  
LA INTERNATIONAL SUMMER SENIOR  
UNIVERSITY (ISSU) DE LA UNIVERSITAT  
DE LES ILLES BALEARS**

---

# **Una experiència intercultural en l'educació de les persones grans: la International Summer Senior University (ISSU) de la Universitat de les Illes Balears**

Carmen Orte Socias  
Joan Amer Fernández

---

## Resum

Els programes universitaris per a persones grans s'emmarquen en les iniciatives d'aprenentatge al llarg de tota la vida i constitueixen escenaris ideals per fomentar més relacions socials i una millora del benestar psicològic de les persones participants. La International Summer Senior University (ISSU) és una proposta original i innovadora en el marc d'aquests programes educatius, ja que promou l'experiència intercultural i l'intercanvi entre persones de diferents països com a base del seu projecte educatiu. A partir de les avaluacions realitzades amb els qüestionaris contestats pels alumnes en les diferents edicions, es fa un perfil dels participants i es descriuen quins són, segons ells, els principals beneficis de la participació en el programa. Els resultats apunten una alta satisfacció amb l'ISSU. En la discussió i les conclusions, es destaca el valor afegit de les relacions interpersonals de caire internacional i l'entesa intercultural que fomenta aquest tipus de programa, tot promovent de manera innovadora les habilitats socials i la capacitat d'aprenentatge en un format distint dels habituals en els programes universitaris de persones grans.

## Resumen

Los programas universitarios para personas mayores se enmarcan en las iniciativas de aprendizaje a lo largo de toda la vida y constituyen escenarios ideales para fomentar una mejora de las relaciones sociales y del bienestar psicológico de las personas participantes. La International Summer Senior University (ISSU) es una propuesta original y novedosa en el marco de estos programas educativos, en tanto que promueve la experiencia intercultural y el intercambio entre personas de distintos países como base de su proyecto educativo. A partir de las evaluaciones realizadas con los cuestionarios contestados por los alumnos en las diferentes ediciones, se hace un perfil de los participantes y se describen cuáles son, según ellos, los principales beneficios de la participación en el programa. Los resultados apuntan a una alta satisfacción con la ISSU. En la discusión y conclusiones, se destaca el valor añadido de las relaciones interpersonales de carácter internacional y el entendimiento intercultural que este tipo de programa fomenta, promoviendo de manera innovadora las habilidades sociales y la capacidad de aprendizaje en un formato distinto a los habituales en los programas universitarios de mayores.

---

## 1. Introducció

La Universitat Internacional d'Estiu per a Persones Majors o International Summer Senior University (en endavant, ISSU) és una iniciativa d'aprenentatge de caràcter intercultural impulsada inicialment per la Universitat Oberta de Majors i coordinada, des de 2014, pel

Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. La seva directora des de la primera edició és la Dra. Carmen Orte Socias.

ISSU és una activitat de caràcter anual, que se celebra habitualment la segona setmana de setembre. Actualment ja se n'han fet vuit edicions. Va néixer amb la fita de facilitar l'intercanvi d'experiències entre persones grans de distintes universitats del continent europeu.

L'objectiu del capítol és portar a terme una anàlisi dels principals trets específics d'aquesta iniciativa, a partir de l'explotació de les avaluacions realitzades anualment per l'alumnat. Aquest objectiu es desplega en dos subobjectius: primer, indagar el grau d'alineament amb les fites dels programes d'aprenentatge per a tota la vida; segon, descriure el valor afegit que aporta el caràcter intercultural i internacional de l'ISSU. Com es descriu tant en el web (<http://summer-senioruniversity.uib.eu>) com en les memòries anuals, la finalitat de l'ISSU d'afavorir un espai per a l'experiència intercultural entre estudiants grans constitueix un aspecte original i innovador en aquest tipus de programes. En aquest sentit, ni en el marc de les universitats d'estiu ni en el marc dels programes universitaris per a persones grans no s'han trobat iniciatives semblants, amb l'excepció d'alguns programes nord-americans. En el moment de tancar aquestes línies, l'ISSU està explorant potencials línies de col·laboració amb una proposta conjunta amb la Universitat de Glasgow Strathclyde (Escòcia, Regne Unit).

Els programes educatius per a persones grans són propostes que treballen per a l'envelliment actiu i que fomenten el *saber*, el *saber ser* i el *saber fer* (Anguera, 2013; Vives, Orte i Ballester, 2015). El disseny de l'ISSU té en compte les necessitats educatives específiques de les persones grans (Lumsden, 1985): la necessitat de funcionament en societat, la necessitat d'expressió, la necessitat de participació, la necessitat d'influir i la necessitat de transcendència. Tant la naturalesa com la direccionalitat del programa tenen presents aquestes necessitats, tot estimulant les relacions interculturals i intergeneracionals. En la línia de Gairín, Rodríguez-Gómez, Armengol i Arco (2013) i Pérez-Albéniz, Pascual, Navarro i Lucas-Molina (2015), el programa treballa per a l'emancipació sociocultural dels grans, en un marc en què les persones grans, a més de continuar aprenent, poden millorar la seva autoestima, compartir experiències i disposar d'alternatives d'oci.

Al llarg de les vuit edicions celebrades, la temàtica treballada ha estat molt diversa. La primera edició s'enfocà a un millor coneixement de Mallorca (patrimoni, gastronomia...) i també a treballar el tema de la dependència de les persones grans. La segona edició se centrà en els aspectes divulgatius de la ciència, amb una aproximació interdisciplinària, tant en format de tallers com de conferències. La tercera edició estava dedicada a l'arqueologia, la prehistòria i la història antiga. També s'hi féu, com a element engrescador, la visita a l'illa d'Eivissa. La quarta edició va ser una edició monogràfica orientada a la cultura i la gastronomia de les illes Balears. En la cinquena edició, el tema va ser la serra

de Tramuntana, que el 2011 va ser nomenada Patrimoni Mundial per l'UNESCO. La sisena edició s'orientà a les temàtiques del turisme i la ciutadania europea a les Illes Balears. La setena edició adoptà una perspectiva mediambiental i s'hi tractà el tema de l'aigua. Per últim, la vuitena edició se centrà en la literatura, la música i l'art a les illes Balears.

Després d'exposar la metodologia utilitzada, en què es fa èmfasi també en el perfil de l'alumnat, el capítol descriu els principals resultats de les edicions celebrades, tot subratllant les contribucions positives que comporta la participació en aquest tipus de programes, aportades per l'alumnat. De manera complementària, es fa referència al diagnòstic que fa l'alumnat enquestat sobre les condicions de vida de la gent gran als diferents països europeus, element afegit en l'avaluació de la VII edició de l'ISSU. En la discussió i les conclusions, es comenten els potencials trets innovadors de l'ISSU, de cara a la seva replicació en altres escenaris. També s'hi assenyalen les limitacions de la recerca, les implicacions pràctiques i polítiques i les futures línies d'investigació.

## 2. Metodologia

Població d'estudi. En el total de les set edicions celebrades hi han participat 380 alumnes. El perfil és el d'una dona d'uns 66 anys, amb estudis universitaris i de nacionalitat estrangera. En comparació amb altres iniciatives d'universitats de persones grans (Gairín, Rodríguez-Gómez, Armengol i Arco, 2013), el nivell d'estudis és similar i la mitjana d'edat és lleugerament més alta. Cal destacar que, segons aquests autors, el nivell de formació de les persones que assisteixen a programes universitaris de grans acostuma a ser més alt que el de la població gran en general.

A la taula 1 podem veure amb més detall les característiques de l'alumnat participant al llarg dels diferents anys, tot fent referència a l'edat, el percentatge de dones, el percentatge d'estrangers, el nivell d'estudis.

**Taula 1** | *Perfil de les persones participants a les diferents edicions de l'ISSU*

	I edició	II edició	III edició	IV edició	V edició	VI edició	VII edició
Participants	75	71	73	53	52	30	26
Mitjana Edat	65	63,6	66	66	66,3	66,4	67
% dones	56	66	71,1	69,8	68,3	76,6	69
% estrangers	29,3	55	32,8	66	57,6	53,3	
% estudis universitaris	50	68,8	68	58	58	68	85
% estudis secundaris	28	23	26	31	24	21	12
% estudis primaris	20	8,3	2	4	11	4	



Procediment. A final de cada edició es passava un qüestionari de satisfacció i avaluació. En la VII edició s'afegiren preguntes relatives a l'aprenentatge al llarg de tota la vida i a la qualitat de vida de la gent gran als diferents països (preguntes obertes i tancades). Per al tractament i l'anàlisi de dades, s'ha treballat amb full de càlcul i, per a les preguntes obertes, s'ha fet buidatge de contingut a partir de categories.

Instrument. El qüestionari d'avaluació i satisfacció inclou un primer bloc de preguntes sobre el perfil de l'alumnat, com l'estat civil, la convivència familiar, el nivell d'estudis, la situació laboral. També es demana pel canal a través del qual s'han assabentat de la celebració de l'ISSU. En un segon bloc de preguntes, relatives a la valoració de l'esdeveniment, es demana sobre el grau de satisfacció amb els tallers, les conferències, les excursions, les activitats i les vetllades. També se'ls consulta sobre el nivell d'informació rebuda, el material entregat, l'allotjament. Amb aquest instrument es recullen suggeriments per a altres anys.

Per últim, com s'ha apuntat, en la VII edició s'afegí a l'instrument una sèrie de qüestions lligades a l'aprenentatge al llarg de tota la vida i a la qualitat de vida de la gent gran. Primer, sobre l'aprenentatge al llarg de tota la vida, les preguntes volen esbrinar l'experiència dels participants en programes educatius per a gent gran, l'edat a la qual es comencen a implicar en aquests programes, les competències personals i d'aprenentatge que, segons ells, adquireixen, així com altres beneficis de la participació en aquests programes. Segon, sobre la qualitat de vida de la gent gran, se'ls demana per les seves xarxes personals de cura i assistència en cas de necessitat. També responen sobre quins són, segons ells, els principals problemes de la gent gran al seu país.

### 3. Els principals resultats

En l'apartat de resultats, s'analitzen diferents aspectes tals com les diferents vies a través de les quals els participants coneixen l'ISSU, el grau de satisfacció amb els tallers, les conferències i les excursions de les distintes edicions, l'experiència i les competències apreses amb la participació de programes per a grans. També es treballen les respostes dels participants a qüestions sobre aprenentatge al llarg de la vida i sobre la problemàtica de la gent gran al seu país.

En primer lloc, es descriu quins són els principals canals d'informació a través dels quals els participants s'assabenten de l'existència de l'ISSU. Es tracta d'un aspecte interessant per analitzar i, alhora, rellevant per al funcionament i l'organització de l'esdeveniment. Com es pot veure a la taula 2, al llarg de les diferents edicions, els canals més importants per facilitar la informació són els responsables dels programes universitaris de persones grans de cada universitat, les associacions d'estudiants

sèniors i els companys i amics. Els correus enviats des de la mateixa organització de l'ISSU també tenen la seva importància. A més, en la darrera edició es detecta que la plana web de l'ISSU pren rellevància com a canal d'informació: caldrà veure si aquesta tendència es manté en futures edicions.

**Taula 2** | *Canals d'informació sobre la International Summer Senior University (informació en percentatges)*

Canal d'informació	I edició	II edició	III edició	IV edició	V edició	VI edició	VII edició
Responsable dels programes de majors de la seva universitat	31,8	68,8	30	35	34	21	35
Correu ISSU	25	6,3	13	35	21	18	12
Correu Servei Relacions Internacionals (UIB)	4,5	-	2	-	-	-	-
Companys/amics	20,5	12,5	23	23	21	32	15
Associació d'estudiants de la seva universitat de persones grans	9,1	10,4	17	4	13	18	35
Web ISSU	2,3	-	-	4	-	-	15
Altres vies	-	2	8	-	5	-	-

En segon lloc, quant al grau de satisfacció al voltant de les activitats, conferències, tallers i excursions, es disposa de dades des de la tercera edició. Per tallers, s'entenen aquelles dinàmiques de petit format amb un component pràctic i participatiu. Dins la categoria «excursions», s'engloben diferents activitats com, per exemple, visites a museus o espais naturals. Les conferències eren principalment de caire expositiu amb un torn obert de paraules enfocat a la participació. Com es pot veure a la taula 3, els tres tipus d'activitats, amb una escala de resposta Likert de 5 nivells, obtenen puntuacions entre 4 i 5 (màxima). Amb un destacat diferent, podem veure en cada una de les edicions quin tipus d'activitat és la que agrada més. En conjunt, les mitjanes totals obtenen puntuació molt similar (entre 4,44 i 4,41).

**Taula 3** | *Grau de satisfacció amb les activitats (Escala de l'1 al 5)*

Tipus d'activitat	III edició	IV edició	V edició	VI edició	VII edició	Mitjana
Conferències	4,16	4,4	4,67	4,43	4,53	4,44
Tallers	4,56	4,33	4,55	4,45	4,26	4,43
Excursions	4,34	4,25	4,63	4,54	4,32	4,41

En tercer lloc, pel que fa a les competències d'aprenentatge que es treballen en aquests tipus de programes, es va demanar als participants que prioritzassin (o ordenassin segons la importància que li donaven) una sèrie d'ítems. Com es pot veure a la taula 4, la primera posició l'ocupa la millora de la competència comunicativa oral i escrita, la segona posició l'ocupa la capacitat d'anàlisi i a la tercera posició trobam la gestió de la informació.

**Taula 4** | *Competències d'aprenentatge que milloren amb la participació als programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida*

Classificació de competències d'aprenentatge treballades en els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida	
1. Competència oral i escrita	1,95
2. Capacitat d'anàlisi	2,15
3. Gestió de la informació	2,41
4. Capacitat d'organització	3,23
5. Resolució de problemes i presa de decisions	3,47

En quart lloc, sobre la millora de les competències personals a través de la participació en aquests tipus de programes, els alumnes sèniors han de portar a terme una prioritització o classificació de vuit ítems. Tal i com recull la taula 5, la primera competència personal que assenyalen són les relacions interpersonals, com a segona competència apunten l'autoaprenentatge i la tercera competència que indiquen és la capacitat d'adaptació a noves situacions.

**Taula 5** | *Classificació de competències personals treballades en els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida*

Classificació de competències d'aprenentatge treballades en els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida	
1. Relacions interpersonals	2,13
2. Autoaprenentatge	2,9
3. Adaptació a situacions noves	3,4
4. Reconeixement de la diversitat cultural	3,71
5. Capacitat de treball en equip	4
6. Pensament crític	4,21
7. Creativitat	4,5
8. Compromís ètic	5,17

En cinquè lloc, en relació amb els beneficis de la participació en aquests programes, en les preguntes amb format obert s'ha recollit un ventall ampli de respostes (taula 5). Entre aquestes, cal destacar el foment de les relacions interpersonals i la creació de noves amistats, la possibilitat de mantenir viva la capacitat d'aprenentatge, la promoció de les relacions intergeneracionals, l'oportunitat de viatjar, l'entrenament de la resiliència i la capacitat d'adaptació. En el cas de la resposta relativa a l'oportunitat de viatjar, cal assenyalar que la pregunta feia referència en general als programes d'aprenentatge al llarg de la vida, però probablement, en aquesta resposta, els enquestats parlen de l'ISSU.

---

**Taula 6** | *Els beneficis de la participació en programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida, segons els participants a l'ISSU (pregunta amb resposta oberta)*

---

**Els beneficis de la participació en programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida**

- Relacions interpersonals/noves amistats
  - Mantenir viva la capacitat d'aprenentatge
  - Promoció de les relacions intergeneracionals
  - Oportunitat de viatjar
  - Entrenament de la resiliència i la capacitat d'adaptació
- 

En sisè lloc, pel que fa als principals problemes de la gent gran a cada país, a les preguntes obertes s'ha destacat la salut i l'atenció sanitària, l'aïllament i la soledat, els problemes econòmics, la importància de la socialització, la necessitat de residències i d'espais d'atenció a la gent gran (taula 6). Com que és una pregunta de resposta oberta, s'hi han recollit moltes respostes variades que es poden agrupar en els paraigües dels problemes econòmics, de salut i socials i comunitaris de la gent gran.

---

**Taula 7** | *Els principals problemes de la gent gran al teu país*

---

**Els principals problemes de la gent gran al teu país**

- Salut i atenció sanitària
  - Aïllament i soledat
  - Problemes econòmics
  - Necessitat de socialització
  - Demanda de residències i d'espais d'atenció a la gent gran
- 

En conjunt, els resultats apunten un alt grau de satisfacció amb l'ISSU. A més, es consideren els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida, com l'ISSU, com un escenari ideal per entrenar les competències personals i d'aprenentatge. Per últim, els beneficis de la participació en aquest tipus de programes inclouen de manera rellevant l'oportunitat per a la socialització, necessitat social assenyalada pels participants, especialment en la seva franja d'edat (pels potencials problemes d'aïllament i soledat).

## 4. Discussió i conclusions

Els resultats obtinguts, tant per la satisfacció amb el programa, com pels beneficis de participar en programes com l'ISSU, ens permeten indicar que aquest programa s'alineja amb els objectius generals dels programes educatius per a la gent gran. En aquest sentit, l'ISSU promou el *saber*, *saber ser* i *saber fer*. El desplegament i la implementació d'aquest programa té en compte les necessitats educatives específiques de la població gran assenyalades en el marc teòric, com, entre d'altres, la necessitat d'expressió, la necessitat de participació i la necessitat de transcendència.

Entre les limitacions del capítol, podem assenyalar la desitjabilitat social en les respostes als qüestionaris d'avaluació per part de l'alumnat participant en les diferents edicions de l'ISSU. En relació amb les implicacions pràctiques i polítiques, el disseny de programes educatius en la línia de l'ISSU constitueixen un escenari diferent per al foment de l'aprenentatge i l'entrenament de les competències entre la gent gran. A més, aquest tipus de propostes educatives s'alineen amb polítiques del foment de la interculturalitat i la mobilitat i en una franja d'edat diferent de l'habitual (més enllà de les activitats més comunes de promoció de la interculturalitat en l'etapa escolar).

Quant a les línies de futur, es poden explorar iniciatives de treball col·laboratiu i recerca participativa amb l'alumnat participant, tot incloent-los més en la definició de l'objecte d'estudi i dels aspectes a investigar. També els mètodes visuals de recerca disposen de potencial en una activitat educativa d'aquestes característiques. De fet, de manera exploratòria, ja s'ha fet una mica de feina en recerca visual en la VII edició.

Per últim, com afirmen Pérez-Albéniz, Pascual, Navarro i Lucas-Molina (2015), els beneficis del programa van més enllà dels beneficis educatius i arriben a altres esferes de la persona, amb la qual cosa milloren el seu benestar psicològic, la seva autoestima, la seva capacitat cognitiva i les seves habilitats socials, a través del coneixement d'altres realitats i la relació amb persones de diferents països.

### Agraïments

En primer lloc, els autors volen agrair les aportacions i la col·laboració de Bàrbara Ordinas, responsable administrativa de la Universitat Internacional de Persones Majors. Bàrbara Ordinas és tècnica del Servei de Relacions Internacionals de la Universitat de les Illes Balears i coordinadora de les activitats i de l'avaluació de les diferents edicions de l'ISSU. Els autors també volen agrair públicament als participants de les distintes edicions de la Universitat Internacional d'Estiu per a Persones Majors/International Summer Senior University la seva col·laboració activa en l'avaluació i emplenament de qüestionaris relatius a la satisfacció i el funcionament de les distintes edicions.

## Referències bibliogràfiques

Anguera, T. (2013). Diseño de programas educativos para mayores. *El Guiniguada*, 22, 8-26.

Fernández, A., García, J. L. i Pérez Serrano, G. (2014). Los Programas Universitarios de Mayores y su contribución al aprendizaje a lo largo de la vida. *Revista Complutense de Educación*, 25(2), 521-540.

Gairín, J., Rodríguez-Gómez, D., Armengol, C. i Arco, I. (2013). El acceso a la universidad para personas mayores en España. Los programas universitarios para personas mayores: Revisando la realidad. *Revista de Orientación Educativa*, 27(51), 45-65.

Lumsden, B. D. (1985). *The old adult as learner. Aspects of educational gerontology*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

Pérez-Albéniz, A., Pascual, A., Navarro, M. C. i Lucas-Molina, B. (2015). Más allá del conocimiento. El impacto de un programa educativo universitario para mayores. *Aula Abierta*, 43, 54-60.

Vives, M., Orte, C. i Ballester, L. (2015). Efectos de los programas universitarios en personas mayores en su red y apoyo social. El ejemplo de la Universitat Oberta per a Majors. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 25, 299-317.

## 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 i en educació de persones grans. L'any 1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà van crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013.

És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques i l'educació per a la competència familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat i diverses investigacions europees en el context de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans en diversos països europeus. És la directora de la International Summer Senior University. És subdirectora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB.

### JOAN AMER FERNÁNDEZ

Llicenciat i doctor en sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears. Membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES, <http://gifes.uib.eu>). Les seves línies de recerca són els programes familiars basats en l'evidència, la pedagogia social i la sociologia de l'educació i la família.

**DONES PIONERES EN  
L'ÀMBIT LABORAL A LES ILLES BALEARS**

---



## **Dones pioneres en l'àmbit laboral a les Illes Balears**

Maria A. Alarcón Bigas

M. Cristina Ferrer González

---

## Resum

Imatges i situacions que avui són quotidianes pel que fa a la incorporació de la dona al món laboral, varen constituir autèntiques fites en un passat no gaire llunyà. En qualsevol societat, i en la nostra també, «trencar motlles, normes o estereotips» és tot un repte i un acte de valentia. Els estereotips tenen una funció vital en la socialització de la persona. Convé recordar que aquests són rígids i presenten una gran resistència al canvi. Trencar-los sempre ha comportat renúncies personals i, fins i tot, de vegades, pagar un cost massa elevat. Per això les dones pioneres són «petites grans heroïnes de la vida quotidiana», però també de l'esdevenir de la història. En aquest succint treball, presentam algunes de les moltes dones que varen ser pioneres a la nostra terra, entorn de la dècada dels vuitanta o els noranta del segle passat, o ja entrat el segle XXI.

## Resumen

Imágenes y situaciones que hoy son cotidianas en lo que a la incorporación de la mujer se refiere, constituyeron auténticos hitos en un pasado no muy lejano. En cualquier sociedad, y en la nuestra también, «romper moldes, normas o estereotipos» es todo un reto y un acto de valentía. Los estereotipos tienen una función vital en la socialización de la persona. Conviene recordar que éstos son rígidos y presentan una gran resistencia al cambio. Romperlos siempre ha conllevado renuncias personales e, incluso, a veces, pagar un coste demasiado elevado. Por eso las mujeres pioneras son «pequeñas grandes heroínas de la vida cotidiana», pero también del devenir de la Historia. En este sucinto trabajo, presentamos algunas de las muchas mujeres que fueron pioneras en nuestra tierra, en torno a la década de los ochenta o los noventa del siglo pasado o ya entrado el siglo XXI.

---

## 1. Introducció

Imatges i situacions que avui són quotidianes pel que fa a la incorporació de la dona al món laboral, varen constituir autèntiques fites en el passat, i generaren comentaris i crítiques feridors en la vida personal, familiar i laboral d'aquestes dones.

Avui és normal que les dones treballin en professions que fins ara eren patrimoni dels homes, però fa trenta anys tot era molt més difícil. Per això, la generació dels vuitanta i fins i tot dels noranta varen ser fermes pioneres, trencaren esquemes i obriren camí, i per això es convertiren en referents vitals, generadores d'una lluita que encara continua.

En qualsevol societat, i en la nostra també, trencar motlles, normes o estereotips és tota una gesta. Convé recordar que els estereotips tenen una funció vital en la socialització

de la persona, ja que faciliten la identitat social i la consciència de pertànyer a un grup. És més, són fidels reflexos d'una cultura i una història, i responen a les expectatives i necessitats que té el context, la societat, el sistema, per preservar així unes normes socials que el beneficien.

No podem oblidar que els estereotips són rígids i representen una gran resistència al canvi, ja que estan instaurats en el coneixement col·lectiu, i es viuen com a veritats objectives. Hi ha una relació entre estereotips, prejudicis i posterior discriminació. Aquesta se sustenta en gran mesura en aquests estereotips que giren entorn de la idea que es té de la manera com s'han de comportar els homes i les dones i, per tant, dels rols que han d'exercir, a la feina, a la família, a l'espai públic i fins i tot com han de relacionar-se entre si.

La ideologia patriarcal es basa, doncs, en la creença de la superioritat masculina sobre la femenina. Els homes, apel·lant a la seva naturalesa i com a conseqüència d'aquesta, es creuen que posseeixen un conjunt de qualitats i habilitats que els atorguen dret i poder per decidir l'ordenació del món i de les societats, i releguen les dones a l'àmbit reproductiu de la vida privada o a un segon pla a l'espai de la cosa pública.

És a dir, en la mesura que el prototip de «ser masculí» és el referent de «ser persona» (androcentrisme), i les qualitats, els rols i funcions masculins tenen un valor superior que els que pertanyen al model femení, s'estableix una jerarquia de poder dels homes sobre les dones.

La superació d'aquesta discriminació, en trencar estereotips, sempre ha suposat renúncies personals, i fins i tot de vegades s'ha pagat un preu massa elevat. Les dones que han trencat aquests estereotips són «petites grans heroïnes de la vida quotidiana», però també de l'esdevenir de la història.

Segurament es varen trobar soles i els varen dir més «caparrudes» que avantguardistes, però potser sense pretendre-ho són dones que han estat essencials per a la construcció d'un món i d'una societat més igualitaris, més justs, més emergents.

Són persones anònimes, senzilles, que poden o volen passar desapercebudes, però en elles hi ha alguna cosa especial que les fa genuïnament diferents, i és que totes han estat pioneres en la seva professió, en el seu espai laboral.

L'autoestima, la seguretat i la confiança són essencials a l'hora d'accedir a espais, majoritàriament o exclusivament, masculins, però sobretot per mantenir-s'hi i ser capaces de canviar estructures rígides d'un patriarcat excloent, jeràrquic i retrògrad. Per a això cal autoafirmar-se des de la possibilitat del canvi personal i la creença que aquest canvi és possible, encara que la veritat és que les creences i els costums patriarcals deterioren sistemàticament aquesta autoafirmació.

Evidentment, hi ha moltes més dones pioneres. En aquestes senzilles pàgines només fem una pinzellada d'algunes, a manera d'exemple, iniciant una tasca d'investigació i de reconeixement i convidant que s'aprofundeixi en el tema, de manera que entre tots i totes les fem visibles. Són dones que varen ser i seran sempre «autèntiques pioneres».

## 2. Pinzellades d'un perfil de pioneres a les nostres illes

La Constitució espanyola, en proclamar el dret a la no discriminació per raó de sexe, va obrir a les espanyoles moltes de les portes tancades hermèticament fins a aquell moment. Per exemple, els cossos de seguretat de l'Estat. És el que s'ha anomenat la igualtat real, que no la reial.

Hi va haver una època, no gaire llunyana, en què les úniques dones que es podien veure a les dependències de la Policia i de la Guàrdia Civil eren les administratives i les secretàries. En canvi avui representen gairebé un 16 per cent de la plantilla de la Policia i devers un 6 per cent de la Guàrdia Civil.

Genoveva i Antònia són unes molt bones representants d'aquest col·lectiu lluitador de dones que varen entrar per primera vegada a formar part dels cossos de seguretat, amb una vocació ferma de servei a la ciutadania. Genoveva com a policia local i Antònia com a bombera. Era la dècada dels noranta.

Genoveva Hernández García, de 53 anys i resident a Formentera, va ser nomenada, el 1992, cap de la Policia Local de Formentera; era en aquell temps l'única dona policia de l'illa. Ja des de 1984 era l'única policia femenina en aquella bella i singular illa. Quan la convidam perquè ens relati alguna anècdota o situació discriminatòria, ens afirma que no recorda cap discriminació dels seus companys, però sí que molts ciutadans homes s'enfadaven molt i que portaven fatal que una dona els sancionàs o els pogués cridar l'atenció, i molt pitjor comandar.

Després de gairebé un quart de segle, només una altra dona s'ha incorporat al cos de Policia Local de l'illa, fet que es pot llegir dient «s'ha duplicat el nombre de dones en aquest cos de seguretat», o «només cada 23 anys s'incorpora una nova dona a aquest cos de seguretat».

Antònia Guillem Vicens, de Binissalem i 48 anys d'edat, va ser conjuntament amb una altra companya la primera dona bombera de les Illes Balears. Era 1991. Des de molt jove es va sentir atreta per la professió, i això que les proves físiques a què ha d'enfrontar-se són molt dures, gairebé sense diferències amb les dels homes, per això trencà motlles i prejudicis des d'un principi.

Catorze anys després confirma que la incorporació de la dona al cos de bombers és lenta, encara hi ha amb molts de prejudicis, i això suposa que queda pendent molta feina per fer perquè la igualtat d'oportunitats entre homes i dones sigui efectiva. En aquells anys varen haver de lluitar per normalitzar una situació que no ho era i esforçar-se en el dia a dia perquè s'incorporàs aquesta normalització, i moltes vegades això no era fàcil, ja que, igual que en altres àmbits, la incorporació de les dones a un col·lectiu clarament masculí va haver de fer front a resistències al canvi per la ruptura de rols i estereotips fins llavors assentats en la societat.

Un handicap més, les instal·lacions, els vestidors. En arribar ella, estaven preparades per acollir únicament homes, i els uniformes estaven dissenyats per i per a l'home; a més, el conjunt del col·lectiu no estava preparat per a això.

Ens trobam amb instal·lacions comunes dissenyades amb la idea que tot el personal és masculí. Més endavant veurem que aquesta és una tònica en tots aquests espais. Antònia reconeix que el Parc de Palma sí que té, en l'actualitat, les instal·lacions habilitades, així com el d'Alcúdia, però que, per exemple, el d'Artà només té habilitats un vestidor i un bany, tal com la llei obliga, i la resta de parcs només tenen un pestell.

La incorporació de la dona a aquest àmbit ha estat lenta, o és lenta: als Bombers de Mallorca hi ha dues companyes més, així com als de Palma. Per tant, aquesta incorporació ha estat escassa, i això que en la normalització de la qual parlàvem s'ha evolucionat molt.



*Antònia Guillem Vicens*

Dues dones ens demostren que conquerint nous espais laborals majoritàriament masculins es trenquen prejudicis sexistes i discriminatoris. És el cas de Maria Teresa i Desideria. Dues voluntarioses dones amb una mateixa afició des de molt joves: conduir. La primera es va convertir en la primera conductora d'ambulàncies (1990), i l'altra, en conductora d'autobusos (1988).

La primera dona a Espanya que va obtenir el permís de conduir va ser una lleonesa jove i tenaç que es deia Catalina García González, i el va obtenir el 1925. Però varen passar moltes dècades perquè una dona pogués conduir un autobús o una ambulància.

Maria Teresa Gil Sagrado, resident a Palma, i de 56 anys, es va convertir en la primera dona que conduïa una ambulància a les Balears. Era l'any 1990, fa d'això mig segle. Sentia per a això dues grans motivacions, una, que li encanta conduir, i l'altra, que sempre li ha agradat ajudar la gent. De la primera n'ha pogut gaudir durant molts d'anys, de la segona n'han pogut gaudir totes aquelles persones que comparteixen amb ella professió, amiatat, vida personal o projectes comuns.

No ho amaga, no ho nega, al principi la varen rebutjar perquè era dona, dient que una dona no tenia forces per fer aquest treball. Es justificaven afirmant i aclarint que no només era conduir, sinó, a més, portar lliteres, haver de moure o desplaçar els pacients, i que ho havia de fer sola, ja que no totes les ambulàncies estaven dotades d'ajudants. Però ho va aconseguir i va fer d'això un repte, un exemple, que prou dones han seguit, i totes elles saben qui és Maria Teresa.

Només una lesió a l'esquena la va allunyar d'aquest treball. I cinc anys després comprova que ja no crida l'atenció que una dona condueixi una ambulància; i, per cert, com ella mateixa reconeix, les ambulàncies actualment estan molt més preparades i són més manejables.

Més que les dificultats que va tenir per poder accedir al que va ser el seu somni, recorda, i ho fa amb una brillantor especial als ulls, que quan s'aturava en un semàfor, altres conductors o algun vianant exclamaven: «Mira, és una dona».

Desideria San Nicolás Carriquí, de Palma i de 52 anys d'edat, va ser la primera dona a aprovar unes oposicions a SALMA, actualment denominada EMT, el 1988. El mateix any en què la Guàrdia Civil havia decidit admetre dones al cos. Fins llavors, la resposta quan demanava feina com a conductora en transports era unànime: no.

Els motius eren evidents, senzillament era una dona. En transcórrer els anys la varen acceptar en una empresa familiar de transport, presumiblement perquè una de les filles dels propietaris també conduïa. Va haver d'esperar fins a 1988 perquè el seu somni es fes realitat. Un somni, una realitat que encara perdura, ja que des de llavors roman al seu lloc de treball amb la mateixa il·lusió i entrega.

Reivindica que s'hauria de preveure una funció alternativa en els mesos de gestació, així com habilitar espais i vestidors a final de línia, que és quan els conductors disposen d'un moment per a la neteja personal, i recorda, amb un sabor agrejolç, que la discriminació

era tan manifesta que una empresa de transport li va oferir fer una prova per optar a un lloc de treball. La prova consistia a portar un autobús per dins la ciutat, va superar la prova en el temps establert i amb perfecció. L'altra persona que optava al mateix lloc era un jove, que al segon gir va xocar contra un senyal de trànsit i va fer un cop a l'autocar, però... la feina la hi varen donar a ell.



La seva valoració sobre la incorporació de la dona al sector és que és lenta i minoritària, i afirma que ara són una vintena de dones les que condueixen els autobusos de l'EMT, no més.

Amb orgull i assertivitat confirma que se sent totalment integrada en el col·lectiu, encara que de vegades hagi de sentir algun comentari masculista d'usuaris que segueixen desvalorant una dona al volant: «Dona havia de ser».

*Desideria San Nicolás*

Jacobo Muñoz, al seu blog Adrizando, ens perfilava de manera detallada i contundent: «No descobriré aquí la llarga lluita que la dona ha tingut per reivindicar els seus drets com a ésser humà davant un home obstinat a no permetre la seva ingerència en tasques decisives, convençut que només, i dic només, li era aparentment inferior físicament. Recolçant-se en aquests paràmetres i convertint-los en segell que imprimeix caràcter, ha navegat marginant, unes vegades de forma subliminal i altres injectant virus d'aparents incapacitats intel·lectuals des de la nit dels temps. En les estadístiques que he estudiat apareixen paràmetres comuns a totes, tant nacionalment com internacionalment: els típics de caràcter sexual i altres no menys comuns de capacitat. L'home es va mantenir estancat en ancestrals tendències i com per inèrcia no ha considerat la dona capaç de desenvolupar tasques que no estiguessin emparades per entorns socials oberts, no la considerava tampoc capaç de submergir-se en singladures marítimes amb totes les seves conseqüències, i com a resultat d'això, aquesta ha optat per esforçar-se a demostrar-li tot el contrari, i dic esforçar perquè no han estat poques les que, davant una situació determinada, diferent per la seva condició i les seves característiques, fins i tot extremes, han participat per fer valer la seva condició d'una més", sense distincions, una espècie d'escenificació per demostrar a l'home qui és qui».

Aquestes dones, amb els seus sacrificis, varen iniciar la gran revolució de les idees, de les reivindicacions més racionals, dels drets més universals..., accedint a camps vedats, un dels quals és la mar, els vaixells i el seu món, exclusiu, fins fa poc, dels homes.

Anna Maria és una d'aquestes dones que ha trencat aquests llasts, incloses les reticències de les navilieres, i avui navega, i ho fa des del pont de comandament, amb fermesa, encara que sàpiga que viu en una societat que per tradició no assumeix que una dona exerceixi el comandament sobre un equip humà de majoria masculina.

Anna Maria Escandell Roig, de 40 anys d'edat i resident a Eivissa, es va convertir, l'any passat, 2014, en la primera patrona al comandament, tripulant un vaixell. Des de molt petita, li cridaven l'atenció totes les professions on les dones no eren benvingudes i, no autodefinint-se com a transgressora, va convertir en energia pura tots i cada un dels esculls que trobava.

Quan accedeix al passat amb perspectiva, reconeix que les coses van canviant, i que on només hi havia entrebancs per a gairebé tot, s'ha evolucionat i s'ha passat a facilitar decisions com la seva i a donar-hi suport. En honor a la veritat, pensa que, de vegades, més que dificultats reals, hi ha un problema de percepció, i la dona ha de demostrar (i demostra) que és més hàbil i/o amb més coneixements, etc.; o sigui, que està més preparada que els homes. Gaudeix de la seva feina i se sent molt respectada pels companys, i afirma que la normalitat és la tònica.



*Anna M. Escandell Roig*

Els oficis tradicionals com soldador, torner, mecànic, hidràulic o fuster han estat predomini absolut dels homes. Si preguntes què és un torner, sabem que és una persona que treballa amb el torn, però una tornera és la monja que atén el torn dels convents. Curiós.

Joana Maria Palmer Picornell, de 49 anys i resident a Palma, sempre es va sentir atreta per la mecànica i el món ferroviari. Va ser la seva afició pel ferrocarril que li va facilitar participar en projectes de recuperació i restauració de material històric, com ara vagon, locomotores, cotxes de viatgers, etc. Tot això a la Fundació FERROCAIB, fet que la va dur a estudiar manteniment ferroviari.



Com a voluntària s'havia incorporat a aquest món el 2008, i el 2014, després de finalitzar les pràctiques, va ser contractada com a oficial d'entrada al taller de manteniment mecànic. Li agrada molt la seva feina, i segueix cridant-li l'atenció que quan diu on treballa, tothom cregui que d'administrativa del taller.

Joana Maria té ànima de ferrera, i és reconeguda i valorada molt positivament pels seus companys i l'empresa. És una més, i rep el mateix tracte que la resta dels seus companys.

Un cop més, comprovam el que passa a totes les empreses que només tenen personal masculí, i és que no hi ha dependències separades per a dones. En aquest cas, en el mateix moment en què va començar a treballar, l'empresa va habilitar les dependències necessàries per a això.



*Joana Maria  
Palmer Picornell*

Isabel Petrus Melià, maonesa de 59 anys, és una dona que ha estat pionera en molts camps, i hom la considera una emprenedora nata. Des de molt jove la seva lluita per la igualtat ha marcat el seu esdevenir, en el món privat, en la feina, a l'oci. Treballa gairebé des que era adolescent, compaginant estudis i món laboral.

La seva inquietud, el seu compromís i dinamisme, l'han portada sempre a estar ficada en més d'una cosa; així, podem recordar la seva faceta periodística, el seu pas per la política, els seus programes de ràdio, la seva innovació empresarial, els seus programes de televisió, algun llibre escrit, i també, ser pionera en un món molt masculinitzat i ple de tòpics i estereotips: el futbol.

No, no és que Isabel es posàs a jugar a futbol, sinó que l'emblemàtic club menorquí Unió Esportiva Maó la va nomenar presidenta de l'abril de 2003 al juny de 2007, i es va convertir en la primera dona que presidia el club des que va ser fundat i presidit, el 1922, per Ramon Bustamente Orfila. Després de deixar Isabel la presidència, el 2007, només presidents homes segueixen ocupant el càrrec.

El seu pas per aquest càrrec la dugué, un cop més, a ser coherent amb ella mateixa i complir la paraula donada tant a l'equip titular com als més petits, els entrenaments dels quals supervisava, i veia com defensaven els colors des de molt tendra edat. Va intentar compatibilitzar-ho amb la seva vida familiar, personal i laboral, i cada vegada era més difícil pel temps real que requeria, així és que, passat el seu compromís de quatre anys, va deixar pas a un altre company de l'equip.

Resulta impossible finalitzar un petit estudi d'algunes de les dones que en els diferents camps han estat pioneres sense esmentar dues dones que serien encara joves, però que ens varen abandonar fa dos anys. Les dues són un referent en tenacitat, lluita, saber fer i en model de dones que irrompen en un món en el qual, independentment de ser més o menys igualitari estructuralment, són poques les dones que arriben a la més alta cota de poder. Una el 2010 i l'altra el 2007, però ambdues arriben al poder, que entenen com a responsabilitat i compromís, i no com una estructura patriarcal jerarquitzada o vertical. Tenen, tenien, una altra manera de «fer», creien més en la col·laboració, el diàleg i el consens que en el fet d'imposar estructuralment.

Marilén Pol Colom va ser la primera presidenta de l'Associació Hotelera de Mallorca, i anteriorment de l'Associació Hotelera de Palma. Nascuda en aquesta ciutat el 1966, va aconseguir integrar les associacions de la badia de Palma en l'objectiu comú de defensar la destinació turística de Mallorca. Era una dona empresària capaç d'avançar-se a les situacions econòmica i empresarials, fet que la convertia en una autèntica dinamitzadora i innovadora en el sector.

Dona dialogant i de gran tenacitat que es va proposar i va aconseguir grans consensos amb discreció i efectivitat. Va morir a Pamplona fa dos anys, víctima d'una llarga malaltia a la qual es va enfrontar amb el mateix coratge, i no abandonà les seves responsabilitats laborals i molt menys les familiars.

Va ser la primera dona que va accedir a aquest càrrec, el juliol de 2010, després d'haver liderat l'Associació Hotelera de Palma des de 2003. El setembre de 2013 el Foment de Turisme de Mallorca va acordar concedir-li, a títol pòstum, la Medalla d'Or de la institució, i a l'octubre del mateix any el Govern li va atorgar la Medalla al Mèrit.

Montserrat Casas Ametller, nascuda a Hostalric (Girona) el setembre de 1955, es va convertir el 30 de març de 2007 en la primera rectora de la Universitat de les Illes Balears, càrrec que va ocupar fins a la seva defunció, el 30 de març de 2013.

Catedràtica de Física Atòmica, Molecular i Nuclear, va desenvolupar la seva línia de treball centrada en l'estudi de sistemes quàntics i la contaminació radioactiva ambiental. Va ser una dona molt compromesa amb la igualtat, amb el coneixement, amb l'educació, amb

la societat, manifestà en innumbrables ocasions la seva oposició ferma a les retallades educatives, d'investigació i de desenvolupament. Aquest compromís va anar més enllà de la seva mort, atès que va manifestar la seva expressa voluntat que les persones i institucions que tinguessin previst fer un enviament de flors, destinassin aquest import a la formació de joves investigadors de la UIB.

Prèviament, l'any 2000, havia estat la primera dona a ocupar el càrrec de síndic de greuges a la mateixa Universitat, just després d'haver-se creat, de 2000 a 2005, fou coordinadora de la Comissió Permanent de Defensors Universitaris de 2002 a 2004. També va ser presidenta de la Xarxa Vives d'Universitats de juny de 2008 a gener de 2009, així com presidenta del Grup 9 d'universitats durant mig any.

Just ser nomenada rectora de la UIB, es va incorporar com a vocal a la Conferència de Rectors de les Universitats Espanyoles (CRUE), de la qual fou vicepresidenta des d'octubre de 2011. El seu record segueix viu en qualsevol punt de la UIB, i la seva tasca per incrementar la qualitat educativa de les nostres illes segueix sent el motor de moltes reivindicacions.

### 3. Succintes conclusions

Totes aquestes són dones de l'últim terç del segle XX que, avançant-se al seu temps, varen trencar barreres als seus àmbits professionals. És important recordar-les, i visualitzar-les és un deure, un acte de conscienciació per a les generacions futures i per a aquesta, atès que resulta imprescindible reconèixer i valorar que hi va haver dones, que hi ha dones, que tenint-ho més difícil, varen obrir camins, varen dissenyar rutes, varen trencar motlles, varen marcar estils propis..., varen ser avantguardistes. Aquí i ara en teniu una petita mostra. Gràcies per la vostra lluita!

**LES XARXES DE RELACIONS I  
SUPORT DE LES PERSONES GRANS  
DE MALLORCA**

---

## **Les xarxes de relacions i suport de les persones grans de Mallorca**

Lluís Ballester Brage

Liberto Macías González

## Resum

En aquest article es presenta l'estudi realitzat amb 28 famílies amb persones grans, des de la perspectiva de família extensa. La investigació l'hem realitzada des del punt de vista etnogràfic, basant-nos en el model de xarxa social. Es presenten les dades mitjançant l'ecomapa de les xarxes socials formals i informals en el qual analitzem quatre grans àrees (família, amistats, veïnatge i serveis —salut i serveis socials—). En cada àrea s'analitzen els vincles i suports socials de la persona gran de referència en cada família. L'anàlisi de les xarxes socials s'ha desenvolupat especialment en els últims anys, atès que aporta informació sobre els vincles socials i els suports que tenen les persones i famílies. Actualment, una part de la intervenció socioeducativa ha de considerar la necessitat de crear noves xarxes i posar en relació les xarxes formals i informals en determinades situacions socials (conflictes familiars, tracte inadequat o solitud de les persones grans, etc.).

En els resultats es constaten les similituds i diferències i els models de xarxa que predominen en les diferents modalitats de vida familiar. L'estratègia metodològica predominant per a la realització de la investigació ha estat qualitativa i s'ha caracteritzat per ser un estudi exploratori d'orientació etnogràfica, basat en els treballs de Pierre Bourdieu. Les eines i tècniques manejades per compilar la informació i registrar-la en l'ecomapa de la xarxa han estat l'entrevista en profunditat des de la perspectiva d'història de vida.

## Resumen

En el artículo se presenta el estudio realizado con 28 familias con personas mayores, desde la perspectiva de familia extensa. La investigación la hemos realizado desde el punto de vista etnográfico, basándonos en el modelo de red social. Se presentan los resultados mediante un ecomapa de las redes sociales formales e informales en el que analizamos cuatro grandes áreas (familia, amistades, vecindad y servicios —salud y servicios sociales—). En cada área se analizan los vínculos y apoyos sociales de la persona mayor de referencia en cada familia. El análisis de las redes sociales se ha desarrollado especialmente en los últimos años, dado que aporta información sobre los vínculos sociales y los apoyos que tienen las personas y familias. Actualmente, una parte de la intervención socioeducativa debe considerar la necesidad de crear nuevas redes y poner en relación las redes formales e informales en determinadas situaciones sociales (conflictos familiares, trato inadecuado o soledad de las personas mayores, etc.).

En los resultados se constatan las similitudes y diferencias y los modelos de red que predominan en las distintas modalidades de vida familiar. La estrategia metodológica predominante para la realización de la investigación ha sido cualitativa y se ha caracterizado por ser un estudio exploratorio de orientación etnográfica, basado en

los trabajos de Pierre Bourdieu. Las herramientas y técnicas manejadas para recabar la información y registrarla en el ecomapa de la red han sido la entrevista en profundidad desde la perspectiva de historia de vida.

---

## 1. Introducció

La rellevància de les xarxes socials en els serveis socials és significativa perquè donen informació dels vincles socials i els suports que tenen les persones i famílies o si no en tenen, la qual cosa incideix en el benestar social, el desenvolupament humà i altres factors. Al mateix temps permeten crear i mostrar noves xarxes en determinades situacions socials (solitud de les persones grans, conflictes familiars, etc.).

Villalba (2009) assenyala que la construcció integrada de coneixements que proposa el treball en xarxa ha de considerar una doble mirada. D'una banda, la mirada de les capacitats, la resiliència, l'ecològica i, per una altra, la mirada de la vulnerabilitat i els riscos. L'anàlisi ha d'integrar aquestes mirades tenint en compte no només els subjectes implicats, sinó també els seus ecosistemes i contextos de desenvolupament, sempre que ells hi estiguin d'acord.

Són nombrosos els autors (Bott, 1990; Dabas, 1995; De Robertis, 2003; Fernández i Ponce de León, 2011) que, des de la teoria, la formació i la pràctica professional, han investigat i divulgat la importància de les xarxes socials en la intervenció amb les persones i les seves famílies, com a mitjà per potenciar les relacions, la solidaritat i el suport social. No obstant això, existeix un buit més gran en la producció de treballs empírics, que mostrin les xarxes de suport social informal i institucional de les famílies de les persones grans (Guzmán, Huenchuan i Montes de Oca, 2003; Otero et al., 2006; Vives, 2010a, 2010b), i en els quals es constati quins són els tipus de xarxes, els suports socials, els vincles i les interaccions que predominen en els sistemes familiars i els contextos d'intervenció.

El model de xarxa, com a enfocament teòric, emmarcat dins de la perspectiva sistèmica, està orientat a estudiar i descriure la relació d'una persona amb la seva xarxa social significativa. Per a Sluzki (1996), el model de xarxa social es concep com el constructe o supòsit conceptual de «xarxa social personal» o «xarxa pròpia» i la defineix com la suma de totes les relacions que un individu percep com significatives o defineix com diferenciades.

Aquesta xarxa correspon al nínxol interpersonal de la persona i contribueix substancialment al seu propi reconeixement com a individu i a la seva imatge d'ell mateix. Constitueix una de les claus centrals de l'experiència individual d'identitat, benestar, competència i protagonisme o autoria, inclosos els hàbits de cura de la salut i la capacitat d'adaptació en una crisi.

El fonament teòric d'aquesta concepció es basa en el fet que les relacions externes, les relacions socials, són el fonament del suport social i del reconeixement personal en una comunitat. Aquestes dues qüestions són fonamentals per a les persones grans, en especial pel que fa a la substitució de les xarxes basades en la feina i altres de similars (Requena, 2004, 2011).

La xarxa social personal pot ser registrada en forma de mapa de relacions (ecomapa) i que inclou tots els individus amb els quals interactua una persona. L'ecomapa pot ser sistematitzat en quatre quadrants que presenten les relacions que manté la persona amb la família, les amistats, la comunitat (en especial el veïnatge) i els sistemes de salut i serveis socials. Sobre aquests quadrants s'inscriuen tres àrees:

1. Un cercle interior de relacions personals de més intensitat (familiars directes amb contacte quotidià i amics propers).
2. Un cercle intermedi de relacions personals amb menor grau de compromís (relacions socials amb contacte personal però sense intimitat, «amistats socials» i familiars amb baixa freqüència o baixa qualitat de relació).
3. Un cercle extern de coneguts i relacions ocasionals (de la compra o l'oci, bons veïns, familiars llunyans, etc.).

L'ecomapa, el mapa de la xarxa, és un registre estàtic del moment en el qual es realitza, o d'algun moment del passat reconstruït per l'informant. Encara que la sèrie d'ecomapes, al llarg del temps, pot constituir un ecomapa dinàmic (Ballester, Nadal i Amer, 2014).

Les característiques estructurals de la xarxa són: la grandària, que ens dóna informació del nombre de persones; la densitat, referida a la connexió entre els membres, que pot ser alta, mitjana i baixa; la composició (distribució), que ens dóna informació de la proporció del total de membres de la xarxa; la dispersió, que fa referència a la distància geogràfica entre els membres; l'homogeneïtat o heterogeneïtat demogràfica i sociocultural segons edat, sexe i nivell socioeconòmic; els atributs de vincles específics, referits a la intensitat o compromís i càrrega de la relació, durabilitat, història comuna, i tipus de funcions complertes per a cada vincle i per al conjunt (Ballester, Pascual i Vecina, 2014; Sluzki, 1996, 42-48).

## 2. Mètode

La mostra es va dissenyar mitjançant procediments estructurals, definint quotes en funció de característiques de les persones grans. De tal manera que s'estudien tantes famílies com persones grans acceptaren participar en l'estudi. Al quadre 1 es resumeixen les característiques de les quotes que se cercaven.



**Taula 1** | *Mostra de participants. Característiques de les quotes*

	Homes	Dones	Total	%
Entre 65 i 74 anys	7	9	16	57,1%
De 75 o més anys	5	7	12	42,9%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>
%	42,9%	57,1%	100,0%	

La mitjana d'edat ha resultat relativament baixa (Mínim = 65, Màxim = 78; M = 72; DT = 4,06). En les mostres estructurals per quotes és més fàcil que no hi hagi diferències entre la mostra teòrica i la mostra empírica, encara que la seva potència explicativa és més reduïda. En qualsevol cas, se cercava que el 50% de les persones grans fossin residents a Palma i l'altre 50% en altres municipis de Mallorca. Va ser més fàcil aconseguir la col·laboració de persones grans de municipis petits. Finalment, la mostra es configura amb un 46,4% de persones grans de Palma i un 53,6% d'altres municipis.

No hi havia cap indicació sobre el tipus de famílies. Finalment, s'ha pogut comptar amb vint-i-vuit famílies de Mallorca que contenien, com a referència central, un nucli familiar en el qual hi havia almenys una persona gran d'edats entre els 65 i els 74 anys i de 75 o més anys. Un criteri d'inclusió que s'ha aplicat sistemàticament era el de la plena capacitat per informar de part de la persona gran seleccionada. Com és evident, només s'ha comptat amb persones que voluntàriament volien participar en l'estudi.

Les eines i tècniques utilitzades per recollir, sintetitzar i interpretar la informació en l'ecomapa, en el mapa de xarxa social de les famílies, han estat: el genograma i l'entrevista en profunditat, desenvolupada des de la perspectiva de la història social individual i familiar. Els entrevistadors han estat sis alumnes dels estudis d'Educació Social de la Universitat de les Illes Balears, implicats en activitats d'investigació socioeducativa. Tots ells tenien formació sobre les tècniques d'entrevista, així com en pautes per a la selecció de les quotes de persones grans que els corresponien. En cap cas, la persona seleccionada podia ser familiar dels entrevistadors.

Per desenvolupar l'estudi s'ha treballat amb fonts primàries, tractant la informació mitjançant l'anàlisi del contingut de les entrevistes en profunditat amb el programa NVIVO-10 per a Macintosh. Respecte a les fonts secundàries, la informació s'ha complementat amb les dades aportades per professionals (treballadores socials i educadores socials) dels serveis socials de Mallorca, mitjançant entrevistes obertes.

### 3. Resultats

A partir del model de xarxa social de Sluzki s'ha elaborat l'ecomapa de xarxa social, adaptat a les famílies de les persones grans, en el qual representem les relacions que mantenen aquestes en els quatre quadrants del mapa: família (1), amistats (2), veïnatge (3) i sistemes de salut i serveis socials (4). Sobre aquests quadrants s'inclouen, a l'interior, les relacions personals de major intensitat (familiars directes amb contacte quotidià i amics propers); en el segon cercle s'inclouen les relacions personals amb menor grau de compromís (relacions socials amb contacte personal, però sense intimitat, «amistats socials» i familiars amb baixa freqüència o baixa qualitat de relació). Finalment, en el tercer cercle, s'inclouen els coneguts i les relacions ocasionals (atenció ambulatoria, empleats o coneguts de la compra o l'oci, bons veïns, familiars llunyanos, etc.).

Els criteris per estructurar la seqüència de l'anàlisi de l'ecomapa de la xarxa social de les famílies de les persones grans han estat els de presentar-les considerant la modalitat de la convivència. S'han trobat quatre tipus bàsics:

- Persones grans en condicions d'aïllament, per manca de xarxa significativa.
- Persones grans amb nucli i baixa connexió externa.
- Persones grans amb nucli i bona connexió externa.
- Persones grans amb nucli ampliat i bona connexió externa.

Ens referim al nucli, en aquest context, per identificar la parella de persones grans que conviuen a la mateixa llar. Quan aquest nucli s'ha ampliat amb altres persones, siguin fills, germans d'un dels membres de la parella o altres persones, s'ha indicat. De tal manera que s'han diferenciat estrictament les parelles de les altres persones. El primer dels grups és el de les persones grans fadrines, divorciades o vídues. No s'ha identificat cap situació de persona gran que visqui tota sola i mantingui una bona connexió externa, però atenent les dimensions de la mostra, aquesta circumstància no indica que no n'hi hagi.

Les dimensions de cada un d'aquests tipus ha estat diferent, però amb diferències poc rellevants, amb un únic grup clarament més freqüent: el de les persones grans amb nucli i bona connexió externa. Cal destacar que entre homes i dones hi ha una certa diferència (no significativa estadísticament), amb major presència de famílies amb bones connexions externes quan hi ha una dona al nucli familiar, com es pot observar al quadre 2.

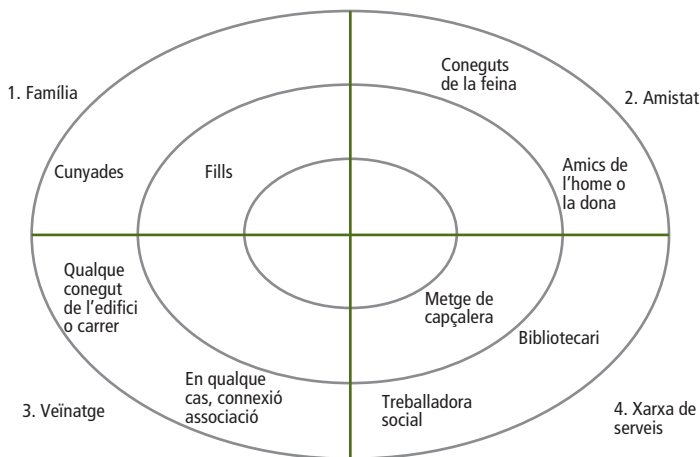
L'anàlisi de les relacions es diferencia segons cada un dels quatre grups. Pel que fa al grup I (gràfic 1), el de les persones que viuen soles, a les entrevistes expliquen la situació de relació exterior com molt limitada. El primer cercle de relacions més intenses (25%) es limita als fills i al «metge», tot i que suposam que en alguns casos s'identifica així el sanitari que els dona atenció. En aquest primer cercle, no es troba

pràcticament ningú més significatiu. La resta de relacions se situen en un segon nivell de baixa intensitat i freqüència. Les declaracions no deixen cap dubte sobre la precarietat d'aquestes relacions.

**Taula 2** | *Tipologia de les situacions dels participants*

	Homes	Dones	Total	%
Persones grans en condicions d'aïllament, per manca de xarxa significativa	4	3	7	25,0%
Persones grans amb nucli i baixa connexió externa	3	3	6	21,4%
Persones grans amb nucli i bona connexió externa	4	6	10	35,7%
Persones grans amb nucli ampliat i bona connexió externa	1	4	5	17,9%
	12	16	28	100,0%
	42,9%	57,1%	100,0%	

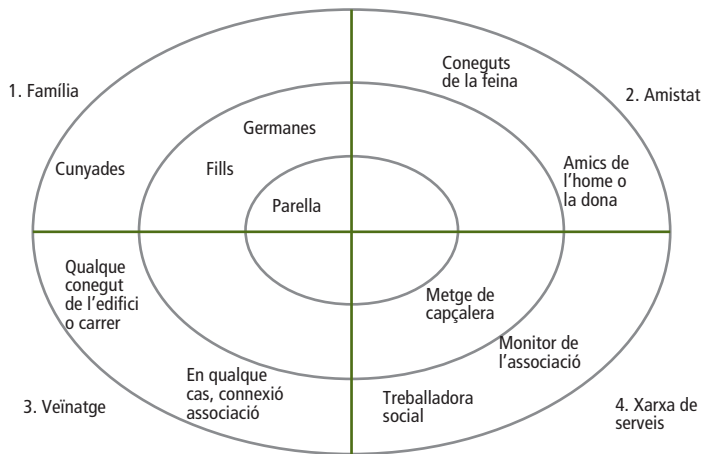
**Gràfic 1** | *Persones grans en condicions d'aïllament, per manca de xarxa significativa*



El grup II, el de les parelles que conviuen, però que disposen de relacions externes precàries (21,4%), permet observar una major presència d'altres persones al cercle de relacions més intenses. És curiós advertir que han passat a ser rellevants els germans/cunyats, sense una diferència entre homes i dones en el manteniment d'aquestes relacions (gràfic 2).

Què vol dir això? Sembla que encara que la precarietat de les relacions sigui notable o hi hagi una certa tensió, hi ha relacions freqüents amb aquestes persones. Continuen, com a referents fonamentals, els fills i els sanitaris, aquests darrers com a figura més rellevant del món exterior. La confiança que es diposita en els sanitaris, en una etapa en la qual sovintegen les dificultats de salut, és molt notable.

**Gràfic 2 | Persones grans amb nucli i baixa connexió externa**

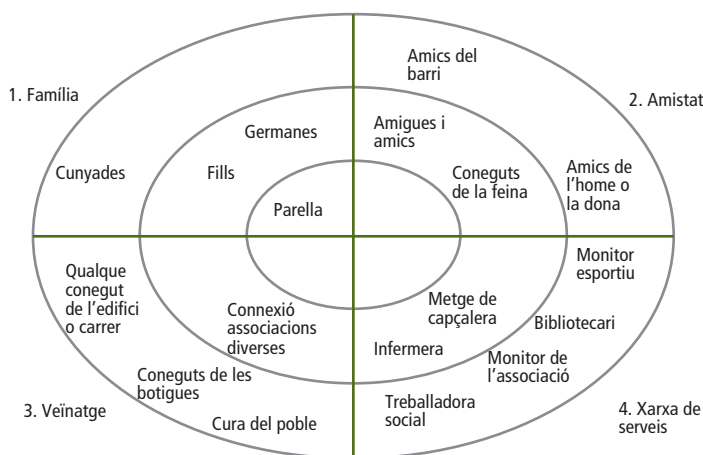


El grup III (35,7%) és notòriament diferent, ja que afegeix un conjunt de referents al cercle de relacions més intenses i freqüents i incorpora agents dels quadrants relatius a les amistats i del veïnatge (gràfic 3). Com es pot observar, ara ja s'han diferenciat els metges del personal d'infermeria, ja que en alguns casos fins i tot en recorden els noms. Però, el canvi més notori és la presència habitual d'amics i coneguts en les seves declaracions. El vincle més important es justifica per les activitats realitzades conjuntament, des de comprar juntes en el cas de les dones, fins a anar d'excursió, dinar o sopar, assistir a espectacles, etc.

La relació amb diverses persones de l'àmbit de les associacions, de diversa tipologia, els permet obtenir reconeixement de terceres persones i també ampliar les relacions freqüents, mitjançant activitats d'oci i culturals compartides (ball, cartes, conversa, xerrades, esport, etc.) o ocupacions solidàries de diversos tipus. Pel que fa a les activitats d'oci i culturals, la xarxa d'opcions és molt notable: centres per a persones grans, Universitat Oberta per a Majors, cafeteries als barris amb espais propis, etc. Pel que fa a les activitats socials, són presents en les declaracions i aporten una satisfacció notable. S'identifiquen activitats a les associacions de banc d'aliments, a les parròquies (Son Dameto, sa Indioteria, Son Servera, etc.), al Projecte Home i altres.

S'ha de reconèixer que hi ha una figura professional sempre present, en un segon nivell, però identificada a les declaracions, es tracta de les treballadores socials dels serveis socials municipals. Saben que existeixen, mantenen contacte de baixa freqüència, però regularment. Al mateix nivell, pel que fa als dos darrers grups, es troben els capellans dels pobles o del barri. En qualche cas, aquesta figura adquireix una funció de lideratge carismàtic rellevant, però no tan rellevant pel que fa a les relacions personals, com pel que fa en la gestió de grups.

**Gràfic 3 |** *Persones grans amb nucli i bona connexió externa*

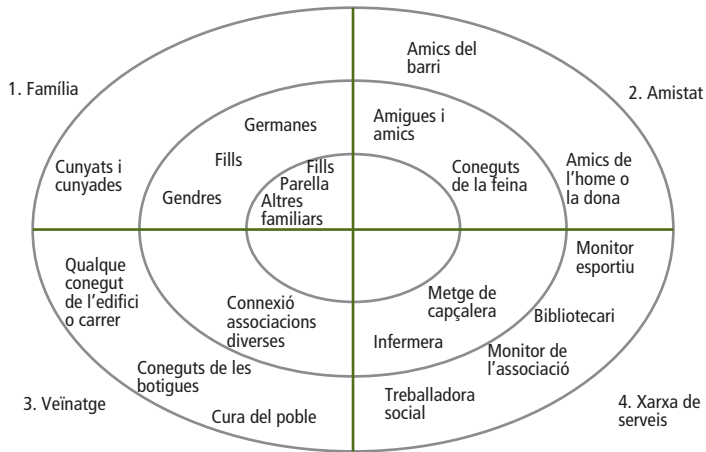


En aquest grup III també es pot observar com hi ha una presència de la qual no s'ha parlat en els dos grups precedents, la dels amics del barri. Una de les característiques que es poden destacar del grup és l'obertura a l'espai públic, a les relacions en contextos comunitaris diversos. Aquest espai públic no només el representen les entitats i els serveis, també cal considerar l'equipament comercial i les activitats habituals en les quals participen als barris i pobles.

Finalment, pel que fa al grup IV, el que té el nivell més elevat de relacions externes positives (persones grans amb nucli ampliat i bona connexió), es mantenen les constants de relació del tercer grup, però s'hi incrementen els nuclis amb tot un seguit de persones de convivència habitual, juntament amb la parella de persones grans. Es tracta del grup menys nombrós (17,9%), però també es tracta del que té el major suport social (Vives, 2010a, 2010b). Una de les característiques diferencials dels grups III i IV és la incorporació de relacions significatives en els eixos de les amistats (2) i del veïnatge (3), completant la presència dels eixos de família (1) i de la xarxa de serveis (4), també de major densitat que en els grups I i II.

La xarxa més densa dels grups III i IV s'associa a una major seguretat, amb una percepció de disponibilitat de suport social molt consistent, que s'ha constatat en diverses situacions de la dinàmica familiar.

**Gràfic 4 |** *Persones grans amb nucli ampliat i bona connexió externa*



#### 4. Discussió i conclusions

Sabem de fa temps que les xarxes socials protegeixen i ajuden a mantenir la capacitat de realitzar les activitats quotidianes necessàries per a una vida independent (Otero et al., 2006; Vives, 2010a). Amb aquest estudi no volíem comprovar aquesta important qüestió, sinó comprovar la diversitat de les xarxes de relacions externes i de suport que hi ha en les famílies de les persones grans. Les limitacions d'aquest estudi es troben especialment en les dimensions de la mostra, la màxima que podíem aconseguir amb un treball etnogràfic limitat.

- (1) En qualsevol cas, s'esperava comprovar la utilitat de l'anàlisi de xarxes, a partir dels ecomapes de Sluzki, objectiu que s'ha assolit amb èxit. Els ecomapes sectorials de Sluzki han permès simplificar la presentació de les xarxes de relacions positives de manera molt operativa. Una de les conclusions que podem extreure del treball és que és recomanable anar introduint-ne l'ús en els serveis socials i sanitaris que treballin amb persones grans, juntament amb els genogrames, considerats actualment imprescindibles.

A més del repte metodològic relatiu als ecomapes, l'anàlisi realitzat al llarg d'aquest treball ens ha permès identificar una sèrie de desafiaments per a les polítiques familiars per a les persones grans de Mallorca, entre els quals consideram que els diferents poders públics han de posicionar-se en els propers anys i que seguidament exposam de manera breu.

- (2) Les xarxes de relacions, fonament de les relacions de suport, són estructures socioculturalment significatives. Hi ha variants que depenen de canvis socials i culturals molt subtils. Un dels principals reptes al qual s'enfronten les polítiques de suport a les famílies de les persones grans és que en els propers anys es faci l'adequació efectiva de les mesures de suport a la realitat sociocultural i sociodemogràfica de les famílies. Les circumstàncies de convivència i suport són clarament desiguals, ja que s'observen, com a mínim, quatre tipus de realitats familiars diferenciats, amb impactes molt diversos sobre la detecció de necessitats, suport quotidià (microsuport), reconeixement social o aïllament. Això té una doble implicació per als poders públics: d'un costat, comporta l'ajust de les ofertes d'ajuda a domicili existents a les demandes i necessitats de les famílies i, de l'altre, comporta l'obligat desenvolupament de les programacions de suport a les famílies de les persones grans, a fi de consolidar un marc de planificació adequat per a la presa de decisions. Un exemple, les dinàmiques sociodemogràfiques, analitzades des de la perspectiva apuntada en aquest treball podrien indicar un increment, en els propers anys, de famílies sense suport de determinades zones de les illes. Un programa de suport comunitari, orientat a desenvolupar aquestes xarxes, podria moderar aquestes situacions futures de necessitat.
- (3) Les persones grans volen viure al seu domicili i, si es desenvolupen les xarxes de les persones amb menys relacions i suport, aquest desig es pot realitzar sense grans dificultats. Un tercer repte es refereix al manteniment de les dotacions públiques per compensar els costos de les famílies amb persones grans dependents, derivades de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. És cert que determinats col·lectius professionals pressionen perquè l'atenció es faci en residències, amb l'argument de la professionalització de les ajudes. També és cert que s'ha limitat el suport als cuidadors familiars i professionals en els domicilis. Aquesta política es basa en un error interessat, el d'aconseguir més clients. Les residències han d'existir, per suposat; però és als domicilis on volen viure les persones grans, és on disposen de xarxes de relacions significatives i on se senten reconegudes, no aparcades i esperant la mort. La participació social efectiva de les persones grans, a més, es fa quan viuen als seus domicilis. Per aquest motiu, és necessari reconsiderar el suport als domicilis, coordinat i gestionat des dels serveis socials municipals, amb el suport dels consells insulars i del Govern de les Illes Balears, així com de tota la societat civil.
- (4) Les persones més joves de les famílies representen un suport essencial per als seus grans, per a les persones grans de les nostres comunitats. Aconseguir desenvolupar

la conciliació de la vida personal, familiar i laboral, no només per a les famílies amb infants, sinó també per a les famílies amb persones grans és el quart repte. Des del Dret comunitari europeu s'estan impulsant diferents mesures que exigeixen canvis estructurals i de valors que donin resposta a aquest quart repte. Les extremes dificultats que troben les famílies en la seva vida quotidiana per conciliar la seva vida familiar i laboral tenen una transcendència indubtable en la pèrdua de qualitat de vida.

- (5) Hi ha persones grans en situacions d'aïllament, és a dir, en situacions precàries de diversos tipus. Per tant, el cinquè repte és donar suport efectiu a les persones grans en situació de precarietat. Cal tenir present que moltes de les persones de més edat sense relacions exteriors i sense suport social viuen amb una pensió contributiva o, encara pitjor, amb una prestació no contributiva (PNC), per la qual cosa els recursos disponibles són molt reduïts. De l'anàlisi realitzada en aquest limitat estudi, hem pogut concloure, una vegada més, que a Mallorca continua a ser necessari aprofundir en mesures de suport singular a les famílies que estan en situacions de major desprotecció.

Aquestes són les cinc conclusions i reptes que hem pogut constatar en la recerca que presentam aquí de manera resumida.



## Referències bibliogràfiques

Ballester, L., Nadal, A. i Amer, J. (2014). *Métodos y técnicas de investigación educativa*. Palma: Edicions Universitat de les Illes Balears.

Ballester, L., Pascual, B. i Vecina, C. (2014). Redes sociales, políticas públicas y capital social. *Aposta: Revista de ciencias sociales*, (61), 7-43.

Bott, E. (1990). *Familia y red social. Roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas corrientes*. Colección. Humanidades. Madrid: Altea, Taurus, Alfaguara.

Dabas, E. (1995). *Red de redes*. Barcelona: Paidós.

De Robertis, C. (2003). *Fundamentos del trabajo social. Respondiendo a las nuevas situaciones desde los fundamentos del trabajo social*. València: PUV / Nau Llibres.

Fernández, T. i Ponce de León, L. (2011). *Trabajo social con familias*. Madrid: Ediciones Académicas.

Guzmán, J. M., Huenchuan, S. i Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, 77, 35-70.

Otero, Á., Zunzunegui, M. V., Béland, F., Rodríguez, Á. i García, M. J. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Madrid: Fundación BBVA.

Requena, F. (2004). La amistad como un sistema de apoyo social. *Crítica*, 54(918), 22-26.

Requena, F. (2011). El reto de las redes sociales en la sociedad civil. *Panorama Social*, (13), 110-120.

Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Barcelona: Gedisa.

Villalba, C. (2009). Vínculos fuertes y vínculos débiles: la importancia de las redes sociales en salud mental. *4º Congrés Català de Salut Mental*. Barcelona, 3-6 junio, 1-22.

Vives, M. (2010a). *Els efectes del suport social en els alumnes de la Universitat Oberta per a Majors*. Tesis doctoral. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Vives, M. (2010b). Efectes del suport social en un programa universitari per a gent gran. *Anuari de l'envelliment: Illes Balears, 2010*, 293-333.

## Autors

### LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la. Doctor en filosofia (UIB) i en sociologia (UAB). Des de 1996 és professor de Mètodes d'Investigació Educativa a la Universitat de les Illes Balears (UIB). La seva experiència professional com a coordinador d'un centre comarcal de serveis social (1986-1990) i com a responsable de la Unitat de Planificació i Estudis de l'Àrea de Benestar Social del Consell de Mallorca (1990-96), així com les investigacions que ha dut a terme des de 1984, s'han centrat en l'anàlisi de les necessitats socials i educatives (joves, persones grans i altres sectors) i també en els mètodes d'investigació: Panells Delphi, històries de vida, anàlisi de dades qualitatives (amb NVIVO-QSR). El curs 2002-03 va compatibilitzar la seva tasca com a docent i investigador a la UIB amb la direcció de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (AQUIB). Entre març de 2007 i juliol de 2011 va ser director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB. El seu darrer llibre, publicat amb el professor Antoni J. Colom, duu per títol: *Intervención sistemática en familias y organizaciones socioeducativas*.

### LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma. Llicenciat en pedagogia per la Universitat de les Illes Balears; expert universitari en Intervenció en Qualitat de Vida de Persones Grans per la UNED (2013); diploma d'Estudis Avançats en Ciències de l'Educació (2013), i coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (UOM). Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) per part de les persones grans, les relacions intergeneracionals en l'educació, l'aprenentatge permanent i la qualitat de vida de les persones grans. Es va seleccionar i publicar a l'European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education (2014), el treball *La importancia de tener buena salud en la autovaloración de la calidad de vida. El ejemplo de los alumnos mayores de las Islas Baleares*.



**LES RELACIONS AFECTIVOSEXUALS EN  
LA GENT GRAN DES DE  
LA PERSPECTIVA INTERGENERACIONAL**

---

## **Les relacions afectivosexuals en la gent gran des de la perspectiva intergeneracional**

Margalida Vives Barceló

## Resum

Les relacions afectivosexuals en les persones grans són, com en qualsevol altra etapa de la vida, una necessitat relacionada amb la qualitat de vida. En la vellesa, aquestes relacions formen part d'una època plena de canvis físics, psicològics i socials envoltats de mites i estereotips que fan que no es vegin cobertes o, si més no, no siguin visualitzades ni normalitzades en la nostra societat.

Aquestes tres idees clau (relacions afectivosexuals, dret i multidimensionalitat) són la base per a una recerca bibliogràfica que recull els vincles principals entre les relacions afectivosexuals, la qualitat de vida i l'envelliment actiu, els factors que s'hi relacionen i els principals mites que l'envolten. A partir d'aquesta investigació, s'ha fet una entrevista a setze persones (vuit homes i vuit dones), representatives de quatre grups d'edat, que practiquen alguna activitat física d'una manera regular i que viuen a Mallorca. L'objectiu d'aquesta mostra era disposar d'una idea aproximada de la visió de les relacions afectivosexuals en gent gran de diferents generacions.

Com podem observar en les reflexions de la mostra, existeixen diferents opinions entre generacions i sexes respecte de determinats temes, com ara la influència dels factors físics en les relacions sexuals o les noves relacions en persones vídues. Això no obstant, la majoria afirma que una societat que permeti la llibertat, normalitzi les relacions afectivosexuals en gent gran i que potenciï l'educació sexual ajudarà a eliminar mites i estereotips, fet que permetrà gaudir d'unes relacions afectivosexuals plenes en la vellesa.

## Resumen

Las relaciones afectivo-sexuales en personas mayores, son, como en cualquier etapa vital, una necesidad relacionada con la calidad de vida. En la tercera edad, se engloban dentro de una época llena de cambios físicos, psicológicos y sociales rodeados de mitos y estereotipos que hacen que estas necesidades no se vean cubiertas o, cuando no, no se visualicen ni se normalicen en nuestra sociedad.

Estas tres ideas claves (relaciones afectivo-sexuales, derecho y multidimensionalidad) son la base para una revisión bibliográfica que recoge los vínculos principales entre las relaciones afectivo-sexuales, la calidad de vida y el envejecimiento activo; los factores que se relacionan y los principales mitos que le rodean. A partir de esta revisión, se han entrevistado dieciséis personas (ocho hombres y ocho mujeres), representativos de cuatro grupos de edad, que practican alguna actividad física de forma regular y que viven en Mallorca. El objetivo de esta muestra era captar una idea aproximada de la visión de las relaciones afectivo-sexuales en personas mayores desde diferentes generaciones.

Como podemos observar en las reflexiones de la muestra, existen diferentes opiniones entre generaciones y entre sexos en determinados temas, como la influencia de los factores físicos en las relaciones sexuales o las nuevas relaciones en personas viudas. No obstante, la mayoría afirma que una sociedad que permita la libertad, normalice las relaciones afectivo-sexuales en personas mayores y potencie la educación sexual ayudará a eliminar mitos y estereotipos, hecho que permitirá a las personas mayores gozar de unas relaciones afectivo-sexuales plenas.

---

## 1. Introducció

Les relacions afectivosexuals en les persones grans s'han d'entendre com una necessitat en una etapa vital durant la qual hom experimenta molts canvis biològics, psicològics i socials.

Aquesta frase conté diversos conceptes clau que treballarem en el capítol que presentam. El primer es refereix a la necessitat, al **dret** que tenen les persones grans a poder desenvolupar, amb llibertat i de la manera que cadascú decideixi, les seves relacions afectivosexuals. En aquest sentit, cal treballar mites i estereotips que perviuen encara avui en dia en la nostra societat (García, 2005; Prieto, 2006).

En segon lloc, parlem de **relacions afectivosexuals**, no de la sexualitat, de relacions centrades únicament en el coit o en aspectes purament físics. Tal com assenyalava l'Organització Mundial de la Salut (OMS) el 1975, la salut sexual és «la integració dels elements somàtics, emocionals i socials del ser sexual, per mitjans que siguin positivament enriquidors i que potenciïn la personalitat, comunicació i estima».

Finalment, la frase fa referència als canvis en diferents nivells que es produeixen durant aquesta etapa vital, com hem pogut observar, no solament són físics, sinó també psicològics i socials. La **multidimensionalitat** és una conceptualització que ja està consolidada en conceptes de qualitat de vida i d'envelliment actiu (Fernández-Ballesteros, 2009; Walker, 2010, entre d'altres). Per tant, cal tenir present que qualsevol canvi en una dimensió afectarà també les altres, és a dir, en el tema de les relacions afectivosexuals, un bona vivència física de la sexualitat serà indispensable per a un bon desenvolupament psicoemocional i assegurarà i enfortirà les relacions interpersonals (Leiva et al., 2013).

Per García (2005), la sexualitat s'ha d'entendre com a part d'una necessitat humana d'establir relacions, amb un component d'amor i estima. Cada individu té la seva pròpia manera de viure-la, fet que pot provocar harmonia i satisfacció i/o conflictes i tensions. Tal com ens mostren els estudis (Thorpe et al., 2014), l'edat no disposa d'entitat pròpia per

afectar les relacions sexuals ni el plaer associat. Això no obstant, hi ha molts mites que fan que hi hagi una dissociació entre sexualitat i envelliment.

La majoria de mites i estereotips sobre les relacions afectivosexuals en gent gran no solament estan associats a aspectes físics, com ara la disminució de relacions, sinó a aspectes psicològics, és a dir, als relacionats amb el plaer. Possiblement, el fet que la majoria de les persones grans hagin nascut durant la postguerra, època associada a repressió (García, 2005), també pot haver influït a l'hora de mantenir socialment els mites i potenciar-los. En altres paraules, els prejudicis i mites sobre la sexualitat en persones grans es conceptualitzen com a sinònim d'incapacitat i inactivitat (Prieto, 2006). Alguns mites recollits per Carrasco (s. d.) giren a l'entorn de la disminució de l'activitat sexual en la gent gran (principalment, per motius de salut), al fet de limitar les relacions afectivosexuals al coit, o a l'eliminació de la necessitat, del desig o interès per les relacions afectivosexuals. A més, l'autora recull alguns mites específics de cada sexe, com ara que la menopausa és el final de la sexualitat, o mites i estereotips relacionats amb el començament d'una nova relació en la gent gran, especialment si la nova parella és més jove («vídua alegre» o «viejo verde»), i considerar que les persones grans no tenen gens d'atractiu i que estan abocades a la soledat en haver passat una determinada edat.

Possiblement, la mala interpretació dels canvis en diferents àmbits (físics, psicològics i socials) hagi potenciat aquests mites. No hem d'oblidar els canvis fisiològics (per exemple, en les dones, els relacionats amb la menopausa i, en els homes, els quals arriben d'una manera més gradual) ni els que s'esdevenen en la resposta sexual, que normalment depenen de factors associats com ara la personalitat, la pèrdua de la parella —que, com veurem més endavant, és un factor significatiu—, la qualitat de la relació, o l'estat de convivència. En aquest darrer aspecte, les llars intergeneracionals i les institucions són els llocs on hi ha més dificultats per disposar d'un espai íntim (García, 2005).

Així, tot i que és cert que no es poden negar algunes disfuncions que solen aparèixer a aquestes edats, com ara la impotència o la disminució de desig sexual, es transformen en mites i s'associen a la vellesa a la asexualitat (García, 2005), fet possiblement provocat pel desconeixement i desinformació sobre la sexualitat en l'envelliment (Prieto, 2006). De fet, però, la realitat no és així. En l'estudi de Taylor i Gow (2015), en el qual participaren cent tretze persones de més de 65 anys, manifestaren haver tengut conductes sexuals freqüents els darrers sis mesos: tocar-se i acariciar-se, abraçar-se, besar-se, masturbar-se i coits.

Les diferències entre la realitat i les idees sobre aquest tema poden tenir un origen, o, si més no, una influència, en la cultura, la qual té un paper fonamental en aquest sentit. Els mitjans de comunicació, en concret, la imatge que hi apareix de les persones grans és fonamental. Per una banda, podem comentar que una dècada ençà, la imatge de les persones grans evoluciona a poc a poc, si bé fins fa poc s'associava al món rural, a cercar la denominada «eterna juventud» o a la necessitat de cura. Com a prova dels efectes



dels mitjans de la comunicació, podem citar l'estudi de Nieto (1995), en el qual veiem que més de la meitat de persones grans consultades acceptaven que amb el pas dels anys desapareixien les ganes de tenir relacions sexuals.

Afortunadament, a l'actualitat, la imatge de la persona gran als mitjans de comunicació ha anat canviant. Això, juntament amb polítiques sobre l'envelliment actiu i l'aprenentatge al llarg de tota la vida, han potenciat les primeres passes per eliminar els estereotips i mites de la sexualitat entre la gent gran. Wilk (2015) també inclou els avanços en medicina, en concret, l'ajuda que representen per augmentar la qualitat de vida i l'esperança de vida com a factor clau.

Tenint present aquestes dades, ens centrarem en les opinions i reflexions, des de diferents generacions, sobre les relacions afectivosexuals entre la gent gran per poder disposar d'una idea aproximada al respecte. Aquesta informació ens ajudarà a delinear algunes propostes de millora per desmitificar, visualitzar i normalitzar les relacions afectivosexuals de la gent gran en la nostra societat.

## 2. Metodologia

L'estudi es basa en una mostra de setze persones (vuit homes i vuit dones) de diferents grups d'edat (18 a 34 anys, de 35 a 49 anys, de 50 a 64 anys, i de 65 anys o més) que viuen a Mallorca i que practiquen alguna activitat esportiva de manera regular:

**Taula 1** | *Descripció de la mostra*

Núm.	Grup d'edat	Sexe	Activitat física
1	18-34	Dona	Ball de bot (assajos i exhibicions)
2	18-34	Dona	Activitats dirigides al gimnàs i córrer
3	18-34	Home	Futbol
4	18-34	Home	Futbol
5	35-49	Dona	Córrer i caminar
6	35-49	Dona	Escalada
7	35-49	Home	Culturisme
8	35-49	Home	Ciclisme
9	50-64	Dona	Activitats dirigides en el gimnàs
10	50-64	Dona	Pàdel (entrenament i competició)
11	50-64	Home	Pàdel i córrer
12	50-64	Home	Activitats dirigides en el gimnàs i córrer

Núm.	Grup d'edat	Sexe	Activitat física
13	65 anys o més	Dona	Ball de bot (assajos i exhibicions)
14	65 anys o més	Dona	Natació
15	65 anys o més	Home	Aiguagim
16	65 anys o més	Home	Ball de bot (assajos i exhibicions)

Font: elaboració pròpia

El guió de les entrevistes ha estat dissenyat tenint present el marc conceptual prèviament descrit sobre les relacions afectivosexuals amb gent gran i seguint una estructura basada en blocs temàtics que descrivim a continuació:

- El primer bloc se centra en la conceptualització de les relacions afectivosexuals; en la manera com es relacionen amb l'envelliment actiu i la qualitat de vida, i en la percepció de l'amor i de l'estima en aquesta etapa vital
- El segon bloc se centra en els factors que influeixen en les relacions afectivosexuals; a recollir les opinions de la mostra sobre els factors que afavoreixen aquestes relacions i que les disminueixen, primer, d'una manera general, i, posteriorment, es demana sobre la influència dels factors als quals hem fet referència a la introducció: físics, psicològics i socials.
- Es destina un tercer bloc a la variable social i cultural; a les opinions sobre si cal reprimir o no el desig sexual en l'àmbit públic i en el privat; de si són partidaris de facilitar la intimitat en llars multigeneracionals; opinió i reflexions respecte de les noves relacions entre homes i dones vidus, i sobre el manteniment de l'activitat sexual quan no es té parella. Conscients de la importància dels mitjans de comunicació, es demana sobre el record i opinió respecte de campanyes publicitàries en les quals es visualitzin aquestes relacions.
- El penúltim bloc tracta d'una manera específica els mites i estereotips, que, si bé poden haver aparegut abans, es demana sobre els que recorden. En concret, també es demana sobre el mite més freqüent citat a la bibliografia: «com més gran, menys relacions sexuals».
- Finalment, es dediquen dues preguntes als canvis en la percepció d'aquestes relacions. En concret, a l'opinió sobre si ha canviat la visió de la sexualitat en persones grans respecte d'etapes anteriors i respecte de la frase d'una persona gran: «Abans em deien que era dolent per a la salut i que em desgastava i m'envellia... Ara em diuen que ho he de fer i que és obligat, i, que sí no puc, que prengui la "viagra"».

### 3. Resultats

En relació amb la **definició de les relacions afectivosexuals**, tots els grups d'edat consideren que són importants, però no prioritàries: «Són importants, però hi ha coses que ho són més» —(4), (6). També donen importància a allò que envolta una relació purament física, aspecte que destaquen sobretot el grup de joves: «Amb un gran respecte [...], més afectives que sexuals per contacte físic» —(2)—, o «van més enllà que el sexe en si mateix» —(5). Els homes de 35 a 49 anys les defineixen com a «importants» —(7)— o «imprescindibles» —(8). Els dos grups de més edat les defineixen com a «normals i naturals» —(10)— i «presentes i satisfactòries» —(13). En tots els grups d'edat, però, hi ha algun subjecte que esmenta la disminució de la freqüència: «Probablement més escasses» —(4)—, «Les mateixes, però amb menys freqüència» —(14). El grup de més edat és el que les relaciona d'una manera explícita amb problemes de salut —(12), (14).

Tots, menys dos homes (un del grup de joves i un altre del grup de més edat i que és vidu), entenen que les relacions afectivosexuals entre la gent gran **estan relacionades amb la seva qualitat de vida**. Per part seva, tots, menys dues dones (una del grup dels més joves i l'altra del de 50 a 64 anys), entenen que **hi pot haver envelliment actiu sense sexe**.

Per acabar aquest bloc, es demanà sobre la **relació entre amor/estima i sexualitat**. En termes generals, es concep l'estima com un concepte molt més ampli que la sexualitat: «Totes les persones s'han de sentir estimades» —(5)—, «[...] puc viure amb estima sense sexualitat» —(16)— o «Tu pots estimar molt la teva parella i estar-ne enamorat, i no tenir-hi relacions sexuals» —(14). Menys aquestes dues darreres declaracions, la resta de la mostra opina que sí, que amor i sexualitat van lligats: «Els dos conceptes van units» —(13)—, «Quan hi ha amor es pot viure la sexualitat de moltes maneres» —(12)—, i que evolucionen al llarg de la vida: «Són conceptes amplis i poden anar variant al llarg del cicle vital» —(2)—, «[...] Tal vegada l'amor no es demostri com en l'adolescència, però això no significa que no n'hi hagi» —(3)—; «Són importants, però ho feim d'una altra manera» —(15)—, o «L'amor i l'estima es perceben amb serenitat, i la sexualitat perd espai quan tens una edat» —(9). Això sí, tot i que «depèn de la parella» —(6), (8)—, hi ha diferents perfils que comenten que, com més grans es fan, menys relacions —(5), (6), (8), (13)—, mite que abordarem en paràgrafs posteriors.

Arribats a aquest punt, quan la majoria havia comentat que, en un moment o un altre, les relacions sexuals disminueixen, se'ls demanà sobre els factors que influeixen en l'activitat sexual de les persones grans. Com es pot comprovar a la taula 2, el principal factor que hi influeix és la salut (disposar de bona salut, en positiu, i tenir alguna malaltia física, en negatiu). En segon lloc, destaca el fet de ser actius, tenir una bona actitud enfront de la vida, una bona autoestima i tenir parella com a factors que influeixen d'una manera positiva en les relacions afectivosexuals de la gent gran. Com a factors que les disminueixen,

n'hi ha dos de més recurrents i tots dos estan relacionats amb l'àmbit físic: l'estat físic en general i patir alguna malaltia física, així com els efectes dels medicaments que es preguin. La inapetència sexual i no tenir parella serien els altres factors que se citen, però molt menys que els dos primers.

**Taula 2** | *Factors que potencien l'activitat sexual en la gent gran i que la disminueixen*

Factors que la potencien	Factors que la disminueixen
Bona salut (4) (6) (11) (12) (13) (14) (15)	Malalties / Efectes dels medicaments (4) (6) (7) (9) (11) (13) (14) (15)
Bona autoestima (1) (10) (12) (13)	Estat físic (2) (3) (4) (6) (10) (11) (16)
Ser actius / Fer esport (1) (2) (13) (15)	No tenir parella (16) (9)
Tenir parella (16) (9) (14) (15)	Falta de ganes de compartir moments íntims amb la parella (13) (14)
Actitud (6) (8) (9) (13)	
L'estima envers l'altra persona (3) (4)	Pressió social (4)
Tenir una visió optimista (1)	Crisi econòmica (6)
Bona alimentació (2)	Inactivitat (8)
Bona qualitat de vida (7)	Mala alimentació (9)
Sentiment de voler tenir relacions sexuals (14)	Estrès (1)

Font: elaboració pròpia

Quan es demana d'una manera específica sobre **la influència de ser home o dona**, els dos grups de menys edat manifesten que no hi hauria d'haver diferències «perquè tots tenim les mateixes necessitats» —(6). Això no obstant, a partir del grup de 50 anys, quasi tots els homes manifesten que sí que hi influeix i els homes solen tenir més relacions que les dones —(11), (12), (15)— «[...] tenen més facilitat per aconseguir relacions» —(8). Solament una dona del grup de 50 a 64 anys considera que els homes en tenen menys «perquè l'home, a una certa edat, ja no té ereccions» —(9).

Pels joves, **els canvis físics** que arriben en la vellesa no afecten —(1), (2)— les relacions: «S'ha de saber apreciar el pas del temps» —(5). Si diuen que afecten, ho fan solament alguns factors —(3), (8)—, sobretot els medicaments —(7), (13)—, «[...] però depèn de la persona i de l'actitud» —(6). Els dos grups de més edat sí que manifesten que els tots canvis físics els afecten —(11), (12)—: «La sexualitat és molt física» —(9)—, «Per l'excitació» —(10). Fins i tot n'hi ha alguns que repeteixen algun mite ja comentat: «El cos no necessita aquestes relacions» —(14).

En canvi, la majoria de persones entrevistades sí que manifesten que **els canvis psicossocials** les afecten. Els més citats pel que fa a l'aspecte psicològic són l'autoestima —(2)— i l'actitud

personal —(6). En l'aspecte social, els joves citen la cultura —(3)—, els prejudicis —(5)— o la pròpia família —(4). Crida l'atenció que les persones grans entrevistades expressin d'una manera explícita la manca d'informació: «La gent gran viu en una societat reprimida, no té informació» —(11)—, i la manera com aquesta mancança ha afectat la seva manera de pensar, especialment les dones més grans: «Si al meu temps m'haguessin donat més informació, per ventura ara tendria una altra manera de pensar» —(13).

La majoria de persones entrevistades comenten que **no tenir parella** condiona la vida sexual, que «és complicat» —(10), (11). Els joves creuen que l'afecta, especialment si tens una personalitat més reservada —(1)—, o els comentaris de la família —(3)— o d'un mateix: «No tenc edat per a aquestes coses» —(2). Especialment el grup de més edat manifesta que, si no tenguessin parella, no mostrarien una actitud activa per trobar-ne: «Si quedàs vídua, no aniria a cercar altres homes» —(14)—, «Ni la meva dona ni jo no crec que anéssim a cercar res més» —(15). Amb tot, el grup de 35 a 49 anys és el que més creu que no tenir parella no condiona l'activitat sexual —(5), (6), (8)—: «No tenir parella no és un impediment per mantenir relacions sexuals» —(8)—, «Es poden trobar altres vies de plaer» —(13).

Sembla també que hi ha un cert acord en el fet que s'ha de tenir la mateixa opinió respecte de **les noves relacions** d'un home que queda vidu que d'una vídua —(1), (3), (8)—, ja que «tenen els mateixos drets a refer la seva vida, ja sigui amb relacions esporàdiques o estables» —(2), (7)—, «És el millor que poden fer» —(5). Amb tot, quasi la meitat opina que si bé hi estan a favor, «sobretot avui en dia» —(6)—, encara hi ha impediments: «Hauria de ser igual» —(11)—, però «encara vivim en una societat masclista» —(12).

Respecte d'**altres fonts de plaer**, la majoria consideren que «depèn de cada persona» —(2), (9)— i «de la situació» —(4). N'hi ha alguns que comenten joguines sexuals —(1), (6)—, «amics i amigues especials» —(10)— o la masturbació —(3). Respecte de pagar per mantenir relacions sexuals, solament quatre persones, a partir de 50 anys, ho comenten: «Es pot recórrer a altres fonts, com pagar per tenir relacions sexuals» —(13)—, tot i que «no en som gaire partidari» —(15). Les dones de més de 50 anys es manifesten en contra de la prostitució: «No estic d'acord que es recorri a la prostitució» —(10)—, «Les dones no anam a cercar homes que es dediquin a vendre el seu cos, [...] es pot viure sense activitat sexual» —(14). Aquesta mateixa idea, la de viure sense activitat sexual, és també manifestada per la persona vídua de més de 65 anys: «S'ha de mantenir sense activitat sexual» —(16).

Els més joves entrevistats es manifesten a favor de **potenciar la intimitat física de persones grans que viuen en llars multigeneracionals o en residències**: «Tothom té dret a la intimitat» —(2)—, «Sí, perquè per ells és casa seva» —(4). Amb tot, pel que fa a la intimitat emocional, «no pots demostrar els teus sentiments davant dels altres» —(1). Entre els dos grups de més edat és on hi ha matisos: «Seria maco, però podria ser també

problemàtic» —(9)—, «No és que s'hagi de fomentar, ja existeix» —(6). El grup de més de 65 anys ho condiciona a unes bones condicions mentals: «Sí, en la mesura que la gent gran ho consenti i conservi les capacitats mentals adequades» —(11)—, «[...] jo tenc una edat i em veig acabant la meua vida a una residència, i, per tant, si el meu home viu molts d'anys més, m'agradaria que em facilitessin poden tenir alguns moments d'intimitat sempre que les capacitats mentals estiguin bé» —(13)— i al fet de tenir parella «Si tens la teva parella, sí» —(15).

Cal destacar que, si bé han anat sortint alguns mites i estereotips al llarg de les entrevistes, quan es demana sobre aquests d'una manera explícita n'hi ha pocs que en recordin cap. Els més repetit és «*viejo verde*» —(2), (4), (7), (10), (14). A continuació, apareixen tots els relacionats amb la reducció de l'activitat sexual (1), (4), o al de l'eliminació —(3), (13), (14)— de les relacions afectivosexuals, alguns casos dels quals són motivats pels efectes de les malalties —(14)— o per la desaparició del desig sexual —(13), (11). Solament una persona menciona un mite relacionat amb les dones: «Les dones són unes estretes» —(9).

Els mites, com sabem, són influenciats per la societat i la cultura, i, en la nostra, els mitjans de comunicació tenen un paper molt important. Per aquest motiu, es va demanar a les persones entrevistades sobre el **record i opinió de campanyes publicitàries** en les quals es visualitzassin les relacions afectivosexuals en persones grans. La majoria no en recordaren cap, solament dues persones recordaren: «De sexual, no, però afectiva sí, encara que no record el nom» —(9) (13). Una persona en recorda una de referida a un medicament: «[...] Anunciava la viagra. És completament estereotipat, no fa falta tenir 65 anys per tenir problemes sexuals» —(6). Cal dir que diversos membres manifestaren que «m'agradaria veure aquest tipus de campanyes» —(14). La conclusió a la qual arriba la mostra gira al voltant d'aquestes dues frases: «[...] ja que tal vegada sigui perquè socialment no són ben vistos» —(2)— o «[...] En el món publicitari solen aparèixer persones joves» —(4).

Les dues darreres preguntes se centren en la **percepció dels canvis en les relacions afectivosexuals de la gent gran**. La primera, relacionada amb la percepció general, a través de la reflexió i opinió sobre la frase: «[...] Abans em deien que era dolent per la salut, que desgastava i que envellia i que era pecat... Ara em diuen que ho he de fer, que és obligatori i que, si no puc, que prengui la "viagra"». La segona pregunta se centra en la perspectiva individual, si ha canviat o canviarà la visió de les relacions sexuals en la gent gran.

Pel que fa als canvis en la **percepció dels canvis a nivell general**, s'afirma que la frase escollida és bastant encertada —(3), (10)— per descriure la realitat: «Abans hi havia una concepció més diferent i tancada [...]. Ara és un tema més obert i això ha permès que es digui la veritat quan es parla de temes sexuals» —(1). La majoria ho associen a la qualitat de vida i a la llibertat individual —(2), (3), (4), (7), (8), (11)—: «Si vull tenir determinades

relacions i necessit algun tipus d'ajuda, podré emprar-la» —(15). Cal destacar que tres persones del grup de 35 a 49 anys ho associen als efectes de la cultura —(5), (6), (8)—, i que dues de les persones de més edat ho consideren un estereotip —(12), (13).

Quant a la **percepció individual dels canvis**, els més joves consideren que canviarà en positiu: «A mesura que et fas gran, descobreixes coses noves i n'experimentes, així que les relacions sexuals es van enriquint» —(1)—; que els canvis vendran d'aprofitar cada etapa vital: «Cada etapa és una manera de viure, pensar i fer les coses» —(2). N'hi ha alguns que afirmen que no canviarà —(3), (7)— o que ni hi havien pensat: «La veritat és que és un tema sobre el qual mai no m'havia aturat a reflexionar» —(4), (6). Els de 35 a 49 anys creuen que es va canviant d'opinió amb la **maduresa**: «[...] Fins que arriba una etapa en la qual som capaços de pensar d'una manera més racional» —(5)—, aspecte que també destaquen algunes persones més grans: «A mesura que ens feim grans, ens feim més flexibles o menys dependents de la persona» (13). O en funció de l'**educació**: «Si heu tingut una educació sexual adequada, no canviarà la teva opinió» —(8)—, «[...] Si des de petit s'educa bé la gent jove [...], abans no n'hi havia [...]. Els nostres fills tendran una sexualitat correcta, però nosaltres no» —(11). Les dones de 50 a 64 anys afirmen que sí que ha canviat i que anirà canviant, però tres de les quatre persones de més de 65 anys confirmen que, si bé ha canviat la seva visió, a aquesta edat ja no canviarà: «Ha canviat de quan era jovenet, i ja no canviarà més» —(16).

#### 4. Conclusions

Una de les principals idees que hem volgut recollir en aquest treball és que, tal com assenyala Wilk (2015), **no hi ha edat en la qual acabi l'expressió de la sexualitat ni de la intimitat**. De fet, «negar-ne l'existència és tan incorrecte com ridiculitzar-la» (Prieto, 2006, 23). No obstant això, aquest és un dels principals mites que existeixen encara avui en dia i la influència de la societat encara hi és present. Podem confirmar que s'han fet passes a través de les declaracions de les entrevistes, però, com hem pogut observar, cap persona no recorda campanyes de publicitat sobre les relacions afectivosexuals en persones grans, solament una i la identificava amb un estereotip. Queda, doncs, molt per fer per visibilitzar-les i normalitzar-les.

Dos han estat els factors que s'han identificat com a més significatius en les relacions afectivosexuals en gent gran. Un és el fet **tenir parella**, i l'altre, mantenir un bon **nivell de qualitat de vida**. Aquestes dues conclusions coincideixen amb els resultats de la bibliografia consultada. Així, per exemple, segons l'estudi de Fernández et al. (2007), tenir parella és valorat com el promotor de les relacions sexuals més important, especialment per les dones grans. L'estudi de Taylor i Gow (2014) pot ser un bon exemple de la manera com un nivell de vida saludable i actiu afecta directament la bona salut sexual.

Un element important ha estat la **llibertat** en les relacions afectivosexuals, aspecte valorat positivament per la majoria de les persones entrevistades. Com descriuen Leiva et al. (2013), no es pot determinar un únic estil sexual associat a la gent gran. Aquesta llibertat ve marcada per la **cultura** en general (acceptar unes conductes determinades, com expressar públicament mostres d'estima entre persones grans o la necessitat d'intimitat en llars multigeneracionals o en residències) i per l'**educació** en particular. De fet, cal recordar que la majoria de les persones grans, especialment les dones, han destacat l'educació sexual com a positiva per desenvolupar una vida sexual correcta en qualsevol etapa vital: «Jo, a l'edat que tenc, no he rebut mai formació d'aquests tipus, i crec que m'hauria estat d'utilitat» —(14).

La informació en general i l'educació sexual en particular ajuden sens dubte a entendre la **multidimensionalitat** de la sexualitat, en concret, a conèixer tots els canvis físics, psicològics i socials que poden afectar les relacions afectivosexuals. Aquesta informació, com ja comentava Herrera (2003, recollit per García, 2005), ajudarà que les persones que mantinguin una percepció positiva (aspecte psicològic) del seu cos (aspecte físic) i de la seva parella (aspecte social), fet que contribuirà a mantenir relacions sexuals satisfactòries. Aquest coneixement, doncs, ajudarà que qualsevol canvi psicofisiològic no justifiqui de per si el **mite** més gran de les relacions afectivosexuals en les persones grans: la disminució o eliminació de l'activitat sexual (García, 2005).

Com a conclusió, és important potenciar entre la gent gran el coneixement i informació sobre les relacions afectivosexuals, ja que, si no, els mites i estereotips, així com considerar-les tema tabú, es mantindran. Emprendre campanyes informatives, **visualitzar-les** i poder contraargumentar els mites que diferents generacions poden tenir sobre aquest tema amb vista a reconèixer i tractar amb la mateixa dignitat les diverses opcions sexuals serà una primera passa important per facilitar una salut sexual a la gent gran. En definitiva, com comenten Taylor i Gow (2015), la sexualitat de la gent gran ha de ser considerada i potenciada, especialment pels professionals que estan directament implicats en aquest aspecte (Causapié, Balbotín, Porras i Matero, 2011).



## Referències bibliogràfiques

Carrasco, I. (s. d.). *La sexualidad durante la vejez: mitos y estereotipos*. Cinteco. Recuperat de: <http://www.cinteco.com/profesionales/2012/12/07/la-sexualidad-en-las-personas-mayores-mitos-y-esteriotipos-1o-parte/>

Causapié, M. P., Balbotín, A., Porras, M., Matero, A. (Coords.) (2011). *Envejecimiento activo. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IMSERSO.

Fernández, M., Gaviria, M. N., Muñoz F., Calvo, M. A., Coll, E., i Fuentes, M. E. (2006). Sexualidad en las mujeres mayores. *Atención primaria*, 37(9), 504-509.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

García, J. L. (2005). *La sexualidad y la afectividad en la vejez*. Madrid: Portal Mayores. Informes Portal Mayores, núm. 41. Recuperat de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf>

Herrera, A. (2003). Sexualidad en la vejez, ¿mito o realidad? *Revista chilena sobre obstet. Ginecol.* 68 (2), 150-162.

Leiva, V., Arguedas, C., Hidalgo, M., i Navarro, Y. (2013). Conocimiento de las personas adultas sobre el climaterio, andropausia y la sexualidad. *Revista Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 140(2), 163-173.

Nieto, J. A. (1995). *La sexualidad de las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Taylor, J. F., i Gow, A. J. (2015). Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults. *Age and Ageing*. doi: 10.1093/ageing/afv083. Publicat en línia el 14 de juliol de 2015.

Prieto Chincolla, S. (2006). *La sexualidad de las personas mayores*. Madrid. Informes Portal Mayores, núm. 57. Recuperat de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01.pdf>

Thorpe, R., Fileborn, B., Hawkes, G., Pitts, M., i Minichiello, V. (2014). Old and desirable: older women's accounts of ageing bodies in intimate relationships. *Sexual and Relationship Therapy*. doi: 10.1080/14681994.2014.959307

Walker, A. (2010). Ageing and quality of life in Europe. A: Dannefer, D., i Phillipson, C. (Eds.). *Handbook of social gerontology*. Londres: Sage.

Wilk, B. (2015). Sexuality in the elderly. *Pol. Med. Journal*, XXXVIII (225), 131-134.

## Autora

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma, 1978. Doctora europea en Ciències de l'Educació, llicenciada en Psicopedagogia. És professora ajudant doctor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, i membre del grup d'investigació GIFES, des del qual ha participat en dos projectes europeus relacionats amb les persones grans i la formació al llarg de tota la vida. Entre les seves línies de recerca en persones grans destaquen la qualitat de vida, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, les relacions intergeneracionals i el perfil dels professionals que treballen amb gent gran.



# L'AFECTIVITAT I LA SEXUALITAT DE PERSONES INTERNADES

---

## **L'afectivitat i la sexualitat de persones internades**

Caterina Maria Julià Alou

---

## Resum

La sexualitat és present en la joventut i en la mitjana edat. Però, així com avança el procés d'envelliment, de cada vegada està més estereotipada i envoltada de mites, la qual cosa no implica que desaparegui al llarg de la vida, sinó que queda oculta als ulls de la societat i les pròpies persones la reprimeixen.

Les investigacions en aquesta temàtica són escasses i difícils de dur a terme, perquè és un col·lectiu que va viure la guerra, postguerra i dictadura. Aquestes circumstàncies són grans condicionants a l'hora de parlar sobre la sexualitat i també d'altres temes, ja que foren anys de molta repressió. El nostre article es basa en la investigació que duguérem a terme a la Llar d'Ancians a partir d'entrevistes als residents per saber què pensen sobre la sexualitat i afectivitat, i quins són els factors de risc i els de protecció que poden fomentar o, per contra, inhibir la sexualitat.

A la primera part de l'article recollim l'estat dels coneixements que tenen les persones grans sobre la sexualitat i l'afectivitat. A la segona part, abocam les dades extretes de les entrevistes i exposam les conclusions a les quals hem arribat a partir de la informació obtinguda.

## Resumen

La sexualidad está presente en la juventud y durante la mediana edad. Pero, así como avanza el proceso de envejecimiento, ésta está cada vez más estereotipada y rodeada de mitos. Esto no es un hecho que implique la desaparición de la sexualidad a lo largo de nuestra vida, sino que queda oculta a los ojos de la sociedad, y las mismas personas la reprimen.

Las investigaciones en esta temática son escasas, y difíciles de llevar a cabo consecuencia que es un colectivo que vivió la guerra, posguerra y dictadura. Estas situaciones son condicionantes a la hora de hablar sobre la sexualidad, además de otros temas, ya que fueron años de mucha represión. El presente artículo se basa en la investigación realizada en la Llar d'Ancians, a partir de entrevistas a los residentes para saber qué piensan en relación a la sexualidad y la afectividad, así como cuáles son los factores de riesgo y los de protección que pueden fomentar o, por el contrario, inhibir la sexualidad.

En la primera parte del artículo, podemos ver el estado de los conocimientos en referencia a la sexualidad y la afectividad en las personas mayores. En la segunda parte, los datos extraídos de las entrevistas realizadas, y las conclusiones alcanzadas a partir de la información obtenida.

---

## 1. Introducció

Els darrers anys, la forma de la piràmide de població de tot el territori espanyol ha canviat substancialment. És ben notable que l'esperança de vida augmenta i, per tant, de cada vegada hi ha més gent gran, alhora que disminueix la natalitat.

Cal remarcar que la població total ha minvat en alguns sectors i també en general. Aquest descens està marcat per la immigració, però també per l'emigració, la coneguda com a «fuga de cervells». En definitiva, vivim un canvi demogràfic marcat per l'envelliment de la població. Així doncs, cal treballar amb la població de més de seixanta-cinc anys, educar-la i tenir-la en compte, perquè visqui en un lloc acceptable i lluny dels estereotips i pugui gaudir d'un envelliment actiu i saludable.

### 1.1. L'envelliment: construcció social

López (2012) afirma que la vida és temporal en referència al temps que viu una persona i als canvis que experimenta (fisiològics, psicològics i socials). Per això, afegeix que la persona té una temporalitat: «[...] temps per créixer i desenvolupar-se, un temps per mantenir-se i un temps per declinar o deteriorar-se, si fos el cas».

López i Olazábal (1998) defineixen la vellesa com el període que comprèn des dels seixanta-cinc anys fins a la mort. Apunten que cal tenir present que això és únicament una construcció social. Per tant, segons aquests autors, vellesa és clarament una definició social.

Segons Ferrer (2012), la vellesa —concretament, la població anciana— és «aquella [etapa] que ha traspassat la barrera dels seixanta-cinc anys». Comprovam, per tant, que el concepte de vellesa és canviant i inexacte, com la societat, que és variable. La idea de vellesa es modifica alhora que canvien el temps, les persones, les perspectives i dimensions de l'edat.

Així i tot, hi ha estudis i autors, com López (2012), que manifesten que la societat té una concepció negativa de l'etapa que comença als seixanta-cinc anys. En algunes de les enquestes que hem fet per desenvolupar el treball i, posteriorment, aquest article, hem detectat punts negatius en alguns temes relacionats amb l'edat.

### 1.2. Envelliment i estereotips

La vellesa, com hem exposat anteriorment, és la darrera etapa del cicle de la vida. En alguns casos, porta associades connotacions negatives i, fins i tot, falses creences. Una de les més arrelades és la pèrdua d'interès per la sexualitat. De fet, López (2012; citat per Triadó & Villar, 2007) manifesta que existeixen diverses idees errònies sobre la vellesa i la sexualitat. La primera: la sexualitat queda simplificada a la genitalitat; la segona: es

manté la concepció de sexualitat lligada a joventut i hi ha desconeixement en relació amb els canvis i adaptacions segons l'edat; i, finalment, el simbolisme que té, en la nostra cultura, l'erecció, considerada un símbol de poder i prestigi de l'home. Així doncs, aquesta tercera idea està més lligada a l'home i afecta la seva autoestima de manera negativa.

A més d'aquestes tres idees n'hi ha moltes més, i no solament aquest autor es refereix als estereotips lligats a la vellesa i la sexualitat. Ferrer (2012) en parla en un article de l'Anuari de l'Envel·liment de l'any 2012, en què recull alguns estereotips, com ara: «els vells s'han de comportar en relació amb la seva edat», «la gent vella ja no està per això», «fer aquestes coses a aquesta edat és de vell verd». Per tant, queda palès que en la nostra societat són ben presents moltes falses creences.

### 1.3. Sexualitat

Una vegada que hem vist que hi ha idees errònies sobre la sexualitat i la vellesa, cal cercar informació sobre què és la sexualitat. De fet, la sexualitat en els ancians ha estat marginada i estigmatitzada pel tipus d'educació que han rebut. Això també ocorre amb altres col·lectius, com és el de les persones amb discapacitat.

Ferrer (2012) defineix el concepte de sexualitat de la manera següent:

La sexualitat és més que la genitalitat, més que la reproducció o l'orgasme. És una conducta que va més enllà de la fal·locràcia imperant i, fins i tot, del matrimoni; és una funció de tots que ens afecta a tots a qualsevol edat i època. La sexualitat és una part de la necessitat d'establir relacions que tenim tots els éssers humans, de sentir-nos vinculats als altres. És un component de la necessitat de donar plaer, amor i afecte, i rebre'n. Uns la viuen d'una manera i uns altres, d'una altra, cadascú amb els seus matisos i peculiaritats. La variabilitat personal en aquest camp és extraordinària. La sexualitat té bàsicament tres dimensions: la relacional, en la qual incloem l'expressió d'afectes i emocions; la plaent, que abasta principalment la vivència gratificant de la comunicació corporal; i, finalment, la dimensió reproductiva, que ens ajuda a mantenir l'espècie. La sexualitat així com l'entendem té a veure amb la capacitat de sentir, viure, expressar i compartir sensacions de plaer, afecte i tendresa, tant corporal com verbal, i això té poc a veure amb l'edat [...]. La seva sexualitat està tan present com en qualsevol altre individu, i més si tenim clar que sexualitat i relació sexual són coses diferents o, més concretament, conducta coital. La sexualitat és un procés dinàmic, canviant i intervingut per un contorn sociocultural. No obstant això, exercir-la o no és responsabilitat de cada persona i, per tant, cal estar ben informat respecte del tema en cadascuna de les etapes de la vida.

Així, la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, defineix el terme salut com «l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties». També fa referència a



la salut sexual com «l'estat de benestar físic, psicològic i sociocultural relacionat amb la sexualitat, que requereix un entorn lliure de coerció, discriminació i violència». Defineix la salut reproductiva com «la condició de benestar físic, psicològic i sociocultural en els aspectes relatius a la capacitat reproductiva de la persona, que implica que es pugui tenir una vida sexual segura, la llibertat de tenir fills i de decidir quan tenir-los».

Podem entendre que l'envelliment no fa desaparèixer la sexualitat ni tampoc les conductes sexuals; en tot cas, les modifica anatòmicament, funcionalment i psicològicament. Ferrer (2012) afirma que, a mesura que tornam grans, la sexualitat no se suprimeix, però els canvis són condicionats per les actituds i els estereotips que manté la societat i un mateix al respecte.

Per tant, cada persona viu la sexualitat amb sensacions pròpies, però sempre des de les tres dimensions: racional, plaent i reproductiva. Aleshores, deixant de banda el concepte i la seva relació amb l'edat, cal valorar la sexualitat no solament com l'acte coital, sinó que cal lligar-la a l'afectivitat i prendre consciència que sexualitat i relació sexual són coses diferents.

## 2. Canvis en la persona

Com sabem, tota persona té unes necessitats interpersonals bàsiques, això és un nivell òptim d'autoestima, sentir-se valorada, pertànyer a un grup, donar suport i rebre'n, afecció, establir vincles afectius i tenir seguretat. A la vellesa, però, aquestes necessitats es veuen amenaçades per la manca de suport, la pèrdua de les figures d'afecció i pel trencament de la xarxa de les relacions socials (a causa de la jubilació i la possible aparició de dificultats físiques). I aquestes mancances provoquen soledat emocional i social (López & Olazábal, 1998).

A més, com a persones també experimentam canvis fisiològics i psicològics. Els fisiològics no apareixen d'una manera sobtada, sinó que comencen a partir dels trenta i trenta-cinc anys, i segueixen un procés lent i variable entre una persona i una altra. Cal assenyalar que hi ha una diferència entre l'home i la dona: ell no apreciarà cap senyal biològic, en canvi ella té la menopausa entre els quaranta-cinc i cinquanta anys. Tant un gènere com l'altre tenen el senyal del canvi social, la jubilació, que té un cert pes en la persona.

### 2.1. Canvis fisiològics

#### 2.1.1. Canvis fisiològics en la dona

Pel que fa a l'activitat sexual, que és el tema en el qual es basa la nostra recerca i investigació del treball, sabem que els canvis fisiològics generen unes noves condicions en la figura de la dona i, per poder mantenir una vida sexual satisfactòria, els ha d'acceptar, així com el camí envers l'envelliment.

Fisiològicament, la dona experimenta un canvi biològic: la menopausa, que és el darrer període menstrual natural, és a dir, d'una manera progressiva els ovaris deixen de funcionar. La menopausa va seguida del procés de climateri, que genera unes noves condicions per a l'activitat sexual a causa dels canvis anatòmics i funcionals.

Canvis anatòmics	Canvis funcionals
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canvis en la figura corporal.</li> <li>• Disminució de la grandària dels ovaris, trompes i úter.</li> <li>• Atròfia del coll uterí i de la vagina.</li> <li>• La vagina s'empetiteix, perd elasticitat i lubricació.</li> <li>• Atròfia en els llavis majors.</li> <li>• Pèrdua de pèl púbic.</li> <li>• Descens dels pits per la pèrdua d'elasticitat dels teixits.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducció dels nivells d'estrògens i d'andrògens.</li> <li>• La fase de l'excitació sexual és més lenta.</li> <li>• La penetració és més difícil i dolorosa per la manca de lubricació vaginal i per l'atròfia.</li> <li>• Disminució de la freqüència dels orgasmes.</li> <li>• Més tensió a l'hora del coït.</li> <li>• Acceleració del descens postcoïtal.</li> </ul>

### 2.1.2. Canvis en l'home

Els canvis fisiològics en l'home són diferents dels de la dona. De fet, l'home manté més l'activitat que la dona, és a dir, conserva la capacitat de reproducció i l'activitat testicular.

Cal apuntar també que l'home no pateix uns canvis biològics tan espectaculars com la dona (la menopausa):

Canvis anatòmics	Canvis funcionals
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pèrdua de volum dels testicles.</li> <li>• Angle peniabdominal més gran durant l'erecció màxima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducció dels nivells de testosterona.</li> <li>• Menys sensibilitat en el penis.</li> <li>• Erecció més lenta, per tant, necessita més estimulació.</li> <li>• Reducció del nombre d'ereccions nocturnes involuntàries.</li> <li>• Menys ascens testicular i més lent.</li> <li>• Retard en l'ejaculació.</li> <li>• Menys necessitat física d'ejacular.</li> <li>• Disminució de la intensitat i del nombre de contraccions en els orgasmes.</li> <li>• Disminució de la quantitat d'esperma en l'ejaculació.</li> <li>• Allargament del període per assolir ereccions completes.</li> </ul>

Per acabar, respecte de les modificacions fisiològiques, a mesura que es fan grans, les persones han de deixar de banda el model de sexualitat jove i també que sigui la part masculina la que en un principi domini. Han de cercar una sexualitat diferent, però no menys satisfactòria. Perquè les relacions siguin gratificants, cal saber que les dones tendeixen a disminuir el seu procés d'excitació i ejaculació, la qual cosa fa que les relacions siguin més lentes i caldrà, doncs, centrar-se més en les carícies mútues (abraçades, tocaments, estimació, contacte corporal) i la comunicació. Així i tot, els canvis exposats en les taules anteriors poden ajudar a enriquir la sexualitat, ja que la dona s'allibera de la por de l'embaràs i del desig més controlat de la descàrrega de l'ejaculació.

Cal transmetre educació sexual perquè la gent gran pugui gaudir com ho fa la d'edat més primerenca, i donar-li pautes perquè tingui clar què és la sexualitat, l'acció sexual i l'afectivitat.

## 2.2. Canvis psicològics

Les modificacions psicològiques durant el procés de fer-se gran (etapa que comença abans dels seixanta-cinc anys, però socialment s'ha fixat aquesta edat a partir de la qual comença el procés d'envelliment) són variables i canviants en cada persona, ja que hi tornen a entrar en joc el sexe, la personalitat i les circumstàncies socials. Així i tot, cal apuntar que les valoracions socials envers les dones durant el procés d'envelliment són més notables i despectives, no es veuen «amb bons ulls» els canvis corporals, fet que repercuteix en els psicològics.

A grans trets, les dones i els homes prenen consciència del procés, tant dels canvis en la figura corporal i les capacitats funcionals, en el sistema familiar, en el concepte de la vida, el balanç i valoració de la trajectòria viscuda, com també dels relacionats amb la conducta sexual.

És necessari tenir en compte els estats emocionals i cercar relacions socials que puguin tornar a aportar figures d'afecció, i establir, doncs, xarxes de relacions socials amb la finalitat d'atenuar la síndrome del niu buit provocat per la jubilació. En definitiva, quant als canvis psicològics, cal no oblidar que el procés d'envelliment es pot viure des de l'activitat i gaudint-ne (López & Olazábal, 1998).

## 3. La vellesa i la conducta sexual

Entrant en la temàtica en la qual se centra l'article, cal assenyalar que hi ha pocs estudis sobre la sexualitat i l'envelliment, i que, a més, els que existeixen tenen algunes limitacions metodològiques i conceptuals:

- Els perjudicis associats a la vellesa i sexualitat.
- Les mostres són poc representatives.
- Una concepció errònia de la sexualitat, la qual molt sovint se centra en l'acció coital.
- Els estudis sempre estan enfocats des del model de la joventut.
- Deixen de banda els canvis en els quals està immersa la societat i els generacionals.
- Oculten les respostes de les persones estudiades.
- Sovint les persones entrevistades i/o enquestades responen allò que la societat espera i no el que realment senten o viuen. Per les restriccions anotades i la manca d'estudis lliures de limitacions, vàrem considerar necessari, però sobretot interessant, continuar indagant en aquesta temàtica. En les pròximes pàgines, trobarem comparacions entre els estudis i les enquestes que vàrem fer a persones internades.

#### 4. Estudi fet a la Llar d'Ancians

Férem l'estudi a la Llar d'Ancians, de la qual entrevistàrem 22 persones (13 dones i 9 homes) d'una selecció aleatòria entre 135 residents amb autonomia. Les entrevistes (preservaven l'anonimat) partien d'un model base que modificàvem en funció de la persona entrevistada.

L'home entrevistat més jove tenia 58 anys i el més gran, 98, i la mitjana d'edat dels homes era de 81 anys. Pel que fa a les dones, la més jove tenia 63 anys i la més gran, 94. En aquest cas, la mitjana era de 83,5 anys.

A més de l'edat, vàrem tenir presents altres variables, com ara els anys de residència a la llar, l'estat civil, la creença religiosa, el nombre de germans/es i el de fills/es.

Els objectius del treball:

1. Fer una investigació sobre la sexualitat i afectivitat en les persones autònomes residents a la Llar d'Ancians.
  - 1.1. Conèixer la perspectiva de la sexualitat i afectivitat de la seva gent gran.
2. Contrastar la realitat d'aquesta investigació amb alguns estudis publicats.

2.1. Extreure conclusions a partir dels resultats obtinguts i de la comparació entre estudis.

#### 4.1. Estructura i desenvolupament

Cada persona viu l'envelliment d'una manera distinta i es presenta sempre de diverses maneres, ja que hi influeixen diversos factors. El procés d'envellir és un fenomen biològic, té conseqüències psicològiques i a poc a poc es construeix la psicosexualitat (la trajectòria humana és la suma de les experiències viscudes, dels valors, metes, compressió i interpretacions personals que cadascú té sobre el seu món).

Per tant, la condició humana està determinada per les parts biològica, social i cultural, les quals generen les nostres eleccions i filosofia de vida (Souza dos Santos, 2003).

L'activitat sexual, és a dir, la conducta coital com a tal, depèn de les característiques físiques, psicològiques i biològiques de l'individu, de si té parella o no i del context sociocultural. A pesar d'aquests factors, no hi ha edat en què ni l'activitat sexual ni els pensaments sobre el sexe o el desig desapareguin. A conseqüència del desconeixement i de la pressió social que manifesta que la sexualitat ha de ser ignorada, la nostra gent gran es va distanciant del seu propi cos (Alonso, Martínez, Díaz & Calvo, 2004).

Aquesta circumstància queda palesa en les entrevistes que férem:

- «Ja no en pràctic. A la meva edat, o el deixes o et deixa. Ja no en tenc ganes: com més el deixes, menys ganes, però així i tot [silenci] m'agrada molt una abraçada, una carícia».
- «Sempre he tengut un floret de vida, però ara ja no hi ha il·lusió, tot és mort [...]. Sí que se'n perden les ganes; potser hi ha gent que encara conserva les ganes del sexe, però jo no».
- «Quan era jo, sí que la tenia [...]. Ara em sap greu no tenir-ne ganes [...]. Activa, activa, no, perquè no li don cap satisfacció, però sí molt d'afecte [...]. La relació no és igual que les altres que vaig tenir quan era jove [silenci]: ara m'ajuda, m'acompanya, és una altra classe de relació [...]. Abans hi havia sexe; ara, ja no [...]. Fins als quaranta o cinquanta anys tenia molta vida sexual; ara, gens».

Això a banda –com hem apuntat unes línies més amunt–, hi ha el desconeixement sobre l'educació sexual. Durant les entrevistes, férem preguntes per saber quina era la informació que aquella gent havia rebut al llarg del seu cicle vital. També els demanàrem per la informació i/o educació que havien compartit amb els seus descendents. Les respostes manifestaren clarament manca d'educació en els temes d'afectivitat i de sexualitat, tant en la joventut com en la vellesa, sense distinció entre ambdós sexes:

- «De sexualitat amb la meva germana mai no en vaig parlar [...]. A mi mai no em varen fer xerrades d'això».
- «Res, s'amagaven de parlar d'això [...]. *Hombreee!*, escoltava d'amagat, escoltava el grup de ma mare, i ben alerta que veiessin que tenia l'orella parada [...]. No, no, xerrar amb ma mare, mai; escoltava quan podia».
- «Res, però m'hauria agradat tenir informació; sempre és bona, la utilitzis o no. El que em varen dir és perquè ho vaig demanar [silenci]. Jo vivia amb els avis [silenci]. Quan em va venir la menstruació, vaig dir: "padrina mira", i ella només em va contestar: "ara has d'anar alerta als homes", res més [...]. I amb les amigues, mai no xerràvem d'això».
- «A mi sí que m'hauria agradat [...]. Quan em vaig casar, no sabia res de res... Ara riuràs [silenci]. Quan vaig quedar embarassada, vaig demanar per on sortiria, i em varen contestar: «per aquí on l'han passat, et sortirà».

També els plantejarem preguntes per saber la manera com definien o entenien l'afectivitat i la sexualitat. La nostra finalitat era saber si solament concebien la sexualitat com a acte coital o si, en canvi, en tenien una dimensió més àmplia que inclogués aspectes fisiològics i afectius. Així, tant els homes com les dones entrevistats parlaren de la sexualitat des d'una perspectiva àmplia:

- «El sexe ajuda a reforçar el matrimoni, perquè un home no vol estar sense sexe, però una dona sí que pot [...]. Però el sexe no únicament és anar a baix; també s'han de fer besades, carícies..., a poc a poc. Llavors tot agafa entusiasme [...]. És clar que sexe i afecte van lligats; hi pot haver sexe sense afecte, però no en un matrimoni [...]. Afectivitat és estar amb aquella persona, és estar enamorats».
- «La vida es natural, el sexo es naturaleza [...]. En el sexo puede haber cariño también, pero no hace falta querer, con que te guste mucho sobra [...]. Pienso que es muy importante para la vida: aporta felicidad [...]. El querer y el que te quieran es muy positivo [...]. El cariño no va ligado al sexo».
- «Primer, hem de diferenciar amant de *novio*. A un amant, estàs obligada a donar-li satisfacció sexual, però amb un *novio* no és necessari el sexe. Si hi ha respecte [...], la sexualitat és una cosa estupenda. De fet, molt de greu em sap no tenir-ne ganes, pel dolor que tenc per aquí i per allà».

Després de llegir el que pensaven les persones que participaren en l'estudi, veiem que tenien clar que la sexualitat és diferent del sexe/acte coital (que és un concepte molt

ampli), en el qual entren en joc sentiments, afecte, estimació, tendresa..., i que forma part de la persona per estar bé. Encara que tinguessin el concepte clar, però, hi havia poques persones que continuessin actives, deixant de banda l'acte coital. A més, digueren que no havien refet la seva vida sentimental una vegada que havien quedat vídues. Per tant, les seves necessitats interpersonals no estaven cobertes.

Les diferents causes que han condicionat i condicionen la vida afectiva i sexual de les persones grans són producte de la guerra i la postguerra, la dictadura, la religió i la manca d'educació, és a dir, de les circumstàncies polítiques, religioses i socials de l'Espanya del segle XX. Villar, Triadó, Celdrán i Fabà (2011) afirmen que la dictadura no solament va ser política, sinó també religiosa, ja que l'Església va tenir el suport de la dictadura franquista, la qual li va permetre agafar les regnes de la vida privada de les persones en molts de nivells, entre els quals, el sexual.

Per tant, l'Església es va encarregar d'imposar la seva concepció de la virtut i del pecat: la masturbació, les pràctiques sexuals no coitals, el coit abans del matrimoni, l'ús de mètodes anticonceptius i les relacions heterosexuals eren conductes inadequades. Predicava l'abstenció de la pràctica sexual fins al moment de contreure matrimoni, i sempre que fos amb finalitat reproductiva. Per tant, després del matrimoni tampoc no es podia fer ús de mètodes anticonceptius.

Aquests autors també parlen de l'educació deficitària i de la poca o nul·la educació sexual rebuda.

Les persones entrevistades varen abandonar l'escola a una mitjana d'edat dels tretze anys, i no varen rebre ni compartir informació sobre sexualitat. L'exposició a aquest conjunt de factors pot haver condicionat la vida sexual, anterior i actual, de les persones que avui tenen més de setanta anys.

Continuant, doncs, amb les restriccions, també trobam estudis que revelen que les persones grans han tingut un únic company sexual al llarg de tota la vida, sobretot les dones. La primera relació sexual no apareixia fins després del casament i alguns matrimonis eren, fins i tot, per conveniència. Això és el que sostenen les bases teòriques, però la realitat de les persones entrevistades no és gaire distinta del que recullen aquests autors. En primer lloc, transcrivim els motius pels quals diuen que es varen casar o no:

- «Perquè m'agradava i ens estimàvem».
- «Em vaig casar perquè ho varen fer venir bé».
- «Em vaig casar perquè no volia estar a ca ma mare».

- «Yo no me case por el hecho que hay que estar muy enamorada, súper enamorada, y es muy difícil [silenci]. Hay matrimonios por conveniencia, o por recogerse. La mujer no quiere estar sola, quiere tener hijos. Y el hombre quiere comida y casa [...]. Yo soy libre, no me gusta atarme; no estaba muy enamorada, solo me gustaba».

En segon lloc, els vàrem demanar que parlassin de la seva primera relació sexual. No va ser una pregunta en què volguessin allargar gaire la resposta, però les dones sí que manifestaren que havien arribat verges al matrimoni. En canvi, per als homes havia estat diferent:

- «Hauria fet un pecat, si hagués arribat verge al matrimoni... Les dones m'agradau molt [...]. I ella tampoc no va arribar verge al matrimoni [...]. Ella era molt ardent, fogosa, i jo li corresponia i donava gas».
- «En teoria, sí. Ara, a la pràctica [silenci]».
- «No et vull contestar això».
- «Jo sí, que vaig arribar verge al matrimoni!».
- «Uuuii! Sí que hi vaig arribar verge [...]. El meu *novio* va demanar entrada quan feia un any. Festejàvem a casa dos o tres pics per setmana devora ma mare. I, si havíem d'anar al cine, ella venia. De fet, dúiem el maridet (una manta petita) per no tenir fred, ja que ben alerta a poder-nos tocar. La vida era molt distinta».
- «Sí, yo no había andado con ningún hombre».
- «Ben pura em vaig casar».

En tercer lloc, entre els factors que hem comentat anteriorment hi ha el d'haver tingut solament una parella. De fet, les entrevistes revelen que és el cas de moltes de les dones participants i que, a més, no tenen intenció de tenir-ne d'altra:

- «Ja fa nou anys que som vídua [...]. I uns quants mesos vaig tenir un *novio*; em vaig enamorar, però no va anar bé [...], vàrem anar tres mesos plegats. Jugàvem a cartes, preniem cafè, anàvem a comprar junts... Però les filles d'ell no ho varen acceptar i, per això, ho vàrem deixar córrer, i ara no ens miram de cara per culpa de les filles [...]. De sexe, res de res; ens fèiem carícies, ens donàvem la mà, ens fèiem besades [silenci]. Ell ho va intentar, però jo no ho volia de cap manera, estava avergonyida [...]. Nosaltres volíem estar junts per fer-nos companyia i perquè estàvem molt enamorats».



- «Un sol Déu; un sol marit [...], i, a més, ni en vull. *Recandemisses* sagrades. No em falta, no. No, nooo. Fan rialles aquesta gent que està tan desesperada quan veuen un home».
- « No, jo amb un home només. Som dona d'un sol Déu i home, així com mana la Mare Església Catòlica».

En quart lloc, tractarem dels mètodes anticonceptius. Encara que no en totes les entrevistes va ser possible parlar-ne, les persones que sí que hi accediren (únicament, amb dones) expliquen clarament que no utilitzaven mètodes anticonceptius ni per evitar possibles malalties de transmissió sexual. El que s'estilava era practicar la maniobra de la marxa enrere per evitar l'embaràs:

- «No he tocat mai cap preservatiu. Si estigués ple d'allò, no el tocaria; ara, net, sí [riu]. [...] No n'he emprat mai; sempre fèiem marxa enrere [...], i sí, a vegades fallava, o no [silenci], però hi ha gent que no se sap controlar en res, per això hi havia gent que tenia tants de fills».
- «No he tomado nunca nada; siempre la marcha atrás [...]. Preservativos he visto, pero nunca usé».
- «No, no n'hi havia, o jo no ho coneixia. Era un poc beneita».
- «Marcha atrás» [rigué molt quan li férem la pregunta dels anticonceptius].

I, en cinquè lloc, també es predicava que el sexe s'havia de compartir amb persones del sexe oposat al teu, és a dir, rebutjaven l'homosexualitat i la menyspreaven. De fet, les persones entrevistades són de la generació que va viure la dictadura tant política com religiosa, i en les respostes es manifestaren en contra de l'homosexualitat. Tant els homes com les dones la descriueren com «una cosa que no és normal», encara que n'hi hagué algunes que mostraren respecte envers l'homosexualitat:

- «Siempre ha existido. Es parte de la naturaleza misma [...]. Lo respeto».
- « Ho respect, però no m'agrada. Cada persona té les seves idees».
- «Això no m'agrada; no és normal».
- «No he comprès mai això que em demanes [...]. El sexe és naturalesa: dues dones plegades o dos homes plegats..., caaa!, això és antinatural [amb cara de sorpresa i rebuig sobre el tema]. [Vàrem demanar-li si hagués tingut un fill o una filla homosexual, i no ens va

deixar acabar de dir i respongué: «Dona, noooo, buuuufff! Morir-me abans, ja t'he dit que és antinatural, això».

- «Tu, perquè ets jove, diràs que és normal, però jo et diré que no ho sé, no acaben d'estar sans».

Deixant de banda l'homosexualitat, si ens centram en la qüestió de refer la seva vida sentimental, de les tretze dones entrevistades, podem concloure que la majoria no ho havien fet per motius similars. Tenint en compte que abans d'estar internades no tenien relació entre si, les seves respostes sí que són molt semblants. Tenien en comú que la gran majoria professava la religió catòlica, i actualment la continuen practicant:

- «A la seva consciència va. Jo, ni pensar-ho, refer la meva vida».
- «Si els altres s'ajunten, que s'ajuntin. Jo no ho faria».
- «Per companyia, sí; més que per sexe».
- «Veig mig bé que un home refaci la seva vida, si ha perdut la dona de jove, perquè un home necessita una dona per criada i per llit. En canvi, una dona pot passar sense un home [...]. Un home no pot estar tot sol. Una dona no té la necessitat de tenir un altre home».
- « Bon Jesús, quin pecat! [silenci] Ni pel llit, ni per besades».

La majoria dels homes entrevistats posen en dubte refer la seva vida sentimental, però, per contra, veuen bé que les altres persones ho facin, encara que pensen que els homes tenen més facilitats que les dones. De fet, un home entrevistat dóna una resposta que plasma el que varen dir els altres d'una manera molt clara: «Jo no ho sé si una dona podria refer la seva vida als vuitanta anys; en canvi, un home és més fàcil». Amb aquesta resposta ja va insinuar que veu de manera diferent la manera d'envellir entre els homes i les dones.

López (citat per Triadó i Villar, 2006) diu que la conducta sexual no depèn únicament dels canvis i capacitats fisiològics, sinó d'altres factors que tenen a veure amb la salut, l'estil de vida, els valors, l'organització social, les idees i creences front a les actituds sexuals, la disponibilitat de tenir una parella o no, i també de l'abstinència prolongada.

Per tant, són varis i diversos els factors dels quals depèn la vida sexual en la vellesa. Les persones entrevistades tenien molt present i clar que l'estat de salut i prendre certs medicaments influeix en les relacions sexuals i sobretot en la conducta coital:

- «[Bufa] I tant!, molt!».

- «Sí, hi ha pastilles que són xereques per a les relacions».
- «Sí... [silenci]. Igual que quan tornes gran no menges un bistec igual que quan ets jove».

Un altre dels factors de risc que dificulten que les persones tinguin una vida activa és el fet de tenir parella. Del total de vint-i-un entrevistats, solament un tenia parella estable, a pesar que els altres estiguessin separats o fossin vidus. Per tant, és una altra dificultat i limitació que trobam per poder parlar de persones sexualment actives. Encara que no eren actives, consideraven que havien tingut una vida sexual satisfactòria:

- «Ara fa molts anys que no practico. Tinc mig cos paralitzat [...], però he gaudit molt de la vida. Sempre m'han agradat molt les dones i també he agradat [riu]».
- «Hombreee... clarooo... Era un semental, una vegada a la setmana i va que xuta [cara de satisfacció]. Ara, quan et fas vell, en tens ganes igual, però no practiques».
- «Ara no, ca! [riu]. Però crec que em sabia defensar. Moltes vegades em sent potent, es posa *tonta* [silenci]. La darrera vegada crec que fa tres anys [silenci]. Sí, tenia noranta-dos anys, ara ja en tinc noranta-cinc, encara que sembl més jove, tothom ho diu i tu també ho has dit [somriu]».
- «Llevo quince años sin relación sexual, pero tuve una vida sexual satisfactòria».

Per tant, les actituds erotofòbiques i conservadores fan percebre la sexualitat com un perill i les persones es tanquen a la possibilitat d'enamorar-se de nou. A més, els entrevistats mantenen la creença que la vida matrimonial és la relació entres dues «mitges taronges úniques», i que s'han de mantenir fidels fins i tot després de la mort. La resistència dels fills perquè els pares refacin la vida sentimental i les barreres que posen les famílies i les institucions també dificulten que es comencin noves relacions sentimentals.

La societat, però, evoluciona. March (2014) fa referència als canvis que ha experimentat la societat:

Un dels canvis més significatius de la segona meitat del segle XX en els països més desenvolupats fou, entre d'altres, la revolució de la dona en relació amb el seu rol social, en començar les polítiques d'igualtat en la legalitat, l'accés a l'educació, al mercat de treball, al poder, a les empreses, etc. Ha estat un dels canvis més importants i ha afectat, entre altres aspectes, l'estructura i les relacions familiars; el model educatiu, que ha passat de la separació de sexes a l'escola a l'educació mixta, fins arribar a la coeducació. Però ha afectat també la sexualitat, la seva concepció, la manera de viure-la, de fer-la més visible. Un alliberament sexual que també s'ha manifestat en la dona, en el coneixement del seu

propi cos, en la recerca del seu propi plaer en el marc d'una nova sexualitat més lliure i més visible.

No solament és una realitat plasmada en la literatura. Les persones que varen col·laborar en la nostra investigació varen donar fe que la societat estava canviant, encara que no varen especificar quina era la causa d'aquesta evolució, però algunes de les respostes passaren de rampellada pel temps passat:

- «Aquells temps no són els d'ara. Ara, a dotze anys ho saben tot [...]. A aquell temps, érem curts devora ara: ni postures, ni res. A ma mare just-just la tocava i quedava. Vàrem ser set germans; no hi havia molts més divertiments [...]. I, al meu temps, tres quarts del mateix [...]. Ara hi ha molta llibertat, però que vengués un fill meu a colgar-se dins ca meva, no; és una falta de respecte als pares [...]. La gent s'independitza per tenir encara més llibertat i intimitat».
- «Sí que han canviat, i ho veig molt bé. Avui amb un i demà vés a saber tu. Jo crec que també ho hauria fet [...]. Ara les dones som més lliures que abans, i podeu decidir el moment en què voleu els fills. Abans no era així: de ben jove havies de ser mare [...], era una vida molt diferent [silenci]. No feien festes com ara. Érem esclaves de casa, però també ara el capet us vola una mica massa [...]. No hi havia possibilitats de conèixer tanta gent. Sempre et casaves amb els del mateix barri i això feia que molta gent passés per l'església, perquè era el que tocava. Ara podeu anar a viure sense res de tot això, i molt ben fet, perquè és quan es va a viure que coneixes l'altra persona».
- «Hay más libertad. Ahora es más fácil».
- «La vida actual és fastigosa, és *don dinero*. El Bon Jesús ja ho a dir: hi haurà una cosa més estimada que jo, els doblers. La joventut va fatal; s'ha tirat al mal vici: avui amb un, demà amb un altre. Però la maldat sempre ha existit [considera que és maldat tenir relacions fora del matrimoni, tant siguin homes com dones] [...]. Una cosa és el matrimoni, estar units i fer una família, tenir fills o no... Abans s'anava alerta, bé o no... [silenci], perquè n'hi havia que en tenien nou o dotze, no miraven prim. I, avui en dia, tot lo dia amb un i amb un altre [...]. Érem més honorats que ara!».
- «Antes todo era más difícil: había más distancias. Hoy todo es mejor y más abierto [...]. Que la gente tuviera relaciones antes del matrimonio era el escándalo padre [...]. Hoy hay más libertad, pero cuidado, que vamos camino al libertinaje, y eso no me gusta nada [...]. Según qué libertades se están cargando la generación de la juventud [...]. La noche es para dormir: una niña que sale a las doce hasta las siete, dale al botellón, que entra de todo, eso no es divertirse [...]. La vida es distinta completamente, manda el poderoso caballero don dinero [...]. Hoy, contigo; mañana, con el otro. Atropellando

y no piensan, ni se preguntan, qué es querer y ser querido. Qué triste [...]. Todo va cambiando, no puedes pararlo, todo está evolucionado, como las relaciones mismas. No puedes ir contra corriente, hay que nadar, pero también hay que pensar y respetar».

- «Les relacions són iguals. El que ha canviat és l'educació que donen als fills [...], però si la joventut s'està equivocant, es boten les normes de convivència, tenen *encuentros* així com així, forcen *encuentros* [silenci]. Els joves van un poc desbaratats, no respecten la llibertat».

Queden plasmades les respostes a les preguntes que férem a les persones que participaren en l'estudi, i també hem fet referència a punts teòrics.

A continuació, exposam de manera breu les conclusions de tota la tasca.

## 5. Conclusions

- Pel que fa al perfil de les persones entrevistades, coincidim amb el que diu Tobaruela (2003): «el perfil típic d'una persona que ingressa en una residència seria el d'una dona, mestressa de casa, d'una edat que se situaria al voltant dels vuitanta anys, d'estat civil soltera o vídua i de nivell educatiu baix». De fet, a la Llar d'Ancians hi ha més dones que hi ingressen, i en la nostra investigació hem estudiat més dones per aquest motiu. La mitjana d'edat d'aquestes participants és solament tres anys superior a la que diu Tobaruela, i els homes entrevistats tenen un mitjana de vuitanta-un anys.
- L'actitud social que nega l'expressió de la sexualitat en la gent gran i que els obliga a amagar els seus desitjos i manifestacions (Ferrer, 2012) queda prou en evidència amb les respostes de les persones entrevistades. De fet, hem pogut comprovar que perceben aquesta pressió per part de la societat, ja que volen parlar i ser entrevistades únicament si les converses són anònimes. De fet, el llarg de la trobada demanaven si tot seria anònim per poder contestar amb més seguretat i llibertat.
- El procés d'envelliment és normal, apareixen alteracions en les estructures i també l'activitat sexual desapareix. De fet, amb les entrevistes hem sabut que just dues persones de les vint-i-una entrevistades continuen actives, ja que són les úniques que tenen parella. Ja en un estudi de l'any 1948 a Amèrica, Alfred Kinsey afirmava que així com les persones envelleixen la freqüència i la funció sexual disminueixen, però que es redueixin no significa que desapareguin. De fet, per les consultes fetes als participants del nostre estudi, veiem que n'hi ha menys, però que hi ha alguns casos que pensen en la sexualitat.
- El 1994 es va fer un estudi a alguns clubs de jubilats d'Albacete (Espanya) per esbrinar si en aquell moment es mantenien les relacions sexuals. Els resultats varen ser que el

percentatges d'homes i de dones actius era superior al 50%. Kaiser, el 1996, va fer una versió de diferents treballs, els resultats dels quals varen ser que l'activitat és positiva i que la seva manifestació més freqüent eren les carícies, seguides de l'acte coital. Posteriorment, el 2002, a Sevilla, es va fer un estudi que no va ser publicat fins al 2005, i les conclusions varen ser que les dones eren menys actives sexualment que els homes. A trets generals, Ferrer (2012) diu que, entre els seixanta i setanta anys, les persones actives sexualment són el 70%, i entre les de més de setanta anys baixa el percentatge al 60%. A pesar d'aquestes dades i d'altres estudis (encara que no siguin gaire nombrosos) sobre la sexualitat i l'afectivitat entre les persones grans, hem de dir que els estudis sobre gent gran internada encara són més escassos. Per tant, comparar dades no és del tot significatiu, ja que la xarxa de relacions socials i el fet de no tenir parella, entre altres factors que varien, fa que les persones entrevistades siguin sexualment inactives i, per tant, els percentatges varien cap a la baixa d'una manera molt significativa.

- Si ens centram en l'estudi *Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional*, les comparacions amb les nostres entrevistes són més fiables, ja que els nostres participants, a més de tenir més de seixanta-cinc anys, vivien internats. En aquest estudi, publicat el 2011, hi varen participar tant professionals (quaranta-vuit dones i cinc homes) com persones internades (vint-i-set dones i vint homes). Pel que fa a l'interès sexual, el 83% va manifestar que sí que en tenia, i un 17%, no. Però les nostres dades són molt distintes, ja que solament un 9,5% revela tenir interès sexual. Aquesta diferència és causada pel declivi de l'interès i necessitats sexuals en la vellesa pel fet de no tenir parella. Així i tot, les altres dades són més semblants, i constaten, com hem fet nosaltres, que la medicació hi influeix, també l'educació rebuda i la generació que és estudiada.
- Un altre factor que pot influir perquè l'interès i l'activitat sexual estiguin en declivi entre les persones de la Llar és la manca d'intimitat que elles mateixes manifesten. L'únic espai íntim és l'habitació, en alguns casos compartida, i la resta d'àrees són comunes.
- Finalment, podem comprovar que els objectius queden reflectits al llarg de l'article.

## Referències bibliogràfiques

Alonso, J. M., Martínez B., Díaz, M. D., i Calvo, F. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 14(3), 150-157. Recuperat dia 20 de febrer de 2015 des de: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/sexualidadalonsoycols.pdf>

Ferrer, J. (2012). La sexualitat en l'adult gran. *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears. 2012*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i UIB).

Hernando, M. V. (2005). Sexualidad y afectividad en la vejez. *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de la Rioja, Servicio de Publicaciones.

INE BASE. (2015). Instituto Nacional de Estadística. Recuperat el 21 de febrer de 2015 des de: [http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebas\\_e&L=0](http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebas_e&L=0)

INE BASE. (2015). Instituto Nacional de Estadística. Recuperat el 21 de febrer de 2015 des de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2860>

INE BASE. (2015). Instituto Nacional de Estadística. Recuperat el 21 de febrer de 2015 des de: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspob.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm)

López, F. (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez*. Madrid: Ediciones Pirámide.

López, F., i Olazábal, J. C. (1998). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Ediciones Pirámide.

March, M. (2014). La sexualitat i les persones grans. Aproximació inicial a una realitat invisible i desconeguda. *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears. 2014*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i UIB).

Souza dos Santos, S. (2003). La resignación de la sexualidad en la vejez. *Santiago* (101), 187-192. Recuperat el 20 de febrer de 2015 des de: <http://bibliotecadegenero.com/content/la-resignificaci3n-de-la-sexualidad-en-la-vejez>

Triadó, C., i Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.

Villar, F., Triadó, C., Celdrán, M., i Faba, J. (2011). *Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional*. Barcelona: IMSERSO. Consultat el 4 de març de 2015 des de: [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/25\\_11idi.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/25_11idi.pdf)

## Autora

CATERINA MARIA JULIÀ ALOU

Porreres (Mallorca), 1989. Graduada en Educació Social i també titulada amb el grau superior d'Integració Social.

Per la seva joventut, encara no té gaire experiència laboral, però la darrera vivència ha estat com a cuidadora en una residència de persones amb discapacitat intel·lectual. Professionalment, la qualifica de molt gratificant i enriquidora, però ho ha estat sobretot personalment.

Pel que fa a l'experiència en l'envelliment i la dependència, destaca les pràctiques en una residència del col·lectiu en qüestió i el treball de fi de grau, que tracta la mateixa temàtica que aquest article, publicat a l'*Anuari de l'Envel·liment 2015*.





**PROPOSTA D'IMPLANTACIÓ I  
DESENVOLUPAMENT DE L'ATENCIÓ  
GERIÀTRICA ESPECIALITZADA AL SERVEI  
DE SALUT DE LES ILLES BALEARS**

---

# **Proposta d'implantació i desenvolupament de l'atenció geriàtrica especialitzada al Servei de Salut de les Illes Balears**

Enrique Campos Alcaide

---

## Resum

Com és sabut, als països desenvolupats, entre els quals hi ha Espanya, augmenta progressivament el nombre de persones grans, i també el de molt grans, fenomen conegut com l'envelliment de l'envelliment, i tot això té com a conseqüència un augment progressiu del nombre de persones amb fragilitat, dependència i més necessitats assistencials en els àmbits sanitari i social. Davant aquest fet, les administracions públiques han de posar en marxa recursos assistencials per donar resposta a aquesta població de persones grans, i especialment al segment dels considerats molt grans. Els serveis de salut han de proporcionar diagnòstic i curació per a les persones grans, però han de fer-ho de la forma més eficient possible, i incorporar a la seva tasca assistencial les cures i la continuïtat en l'atenció, amb la finalitat de rehabilitar i reinserir a la comunitat el nombre de persones grans més alt possible la salut de les quals s'hagi vist malmesa per un procés agut o crònic. En aquest context, es fa molt necessària la implantació de l'atenció geriàtrica especialitzada als serveis de salut, actualment gestionats al nostre país per les diferents comunitats autònomes.

## Resumen

Como es sabido, en los países desarrollados, entre los que se encuentra España, aumenta progresivamente el número de personas mayores, y también el de muy mayores, fenómeno conocido como el envejecimiento del envejecimiento, teniendo todo ello como consecuencia un aumento progresivo del número de personas con fragilidad, dependencia y mayores necesidades asistenciales en los ámbitos sanitario y social. Frente a este hecho las administraciones públicas deben de poner en marcha recursos asistenciales para dar respuesta a esta población de personas mayores y especialmente al segmento de los considerados muy mayores. Los Servicios de Salud deben proporcionar diagnóstico y tratamiento para las personas mayores, pero deben hacerlo de la forma más eficiente posible, e incorporar a su tarea asistencial los cuidados y la continuidad en la atención, con la finalidad de rehabilitar y reinserter en la comunidad al mayor número de ancianos posible, cuya salud se haya visto quebrantada por un proceso agudo o crónico. En este contexto se hace muy necesaria la implantación de la Atención Geriátrica Especializada en los servicios de salud, actualmente gestionados en nuestro país por las diferentes comunidades autónomas.

---

## 1. Envelliment i geriatria

Des de fa dècades, els països industrialitzats, entre els quals hi ha Espanya, experimenten un increment constant de població de gent gran. Segons dades de 2011 (Institut Nacional d'Estadística), un 2% de la població espanyola té més de 85 anys i un 16,5%, més de 65 anys. Això no és un fet que no tingui a veure amb la nostra comunitat autònoma. La

població de les Illes Balears, segons xifres de població (padró) referides a l'any 2013, és d'1.111.674 habitants, dels quals n'hi ha 163.046 que tenen 65 o més anys (un 14,6%).

L'envelliment de la població dóna lloc a un consum més alt de recursos sanitaris i socials, ja que aquest segment de població pateix múltiples malalties que en la seva evolució generen cronicitat, complicacions i dependència.

En el sistema sanitari les persones ateses són cada vegada més grans, tant a l'atenció primària com a l'especialitzada, cosa que dóna lloc a una progressiva geriatrització de la medicina, i els pacients presenten múltiples patologies, polimedicació, deteriorament funcional i deteriorament cognitiu. Segons Abizanda i Rodríguez (2015), en l'actualitat, l'atenció sanitària a la gent gran suposa el 28% de la càrrega de treball a l'atenció primària, el 32% en cirurgia, el 43% en especialitats mèdiques i el 48% de les hospitalitzacions. Les estimacions, per a altres autors, són semblants, i els més grans de 65 anys representen més del 37% de les altes hospitalàries i més del 50% de les estades en hospitals generals (Romero et al., 2009).

Aquestes consideracions fan necessari de forma clara, i així ho entenen cada vegada més responsables en la provisió de cures de salut, un canvi de model, que tendeixi, no solament a guarir les malalties, sinó també a proporcionar cures i garantir la continuïtat assistencial, i això només pot aconseguir-se introduint canvis en el sistema tradicional vigent fins ara i centrat en l'hospital d'aguts i les especialitats d'òrgan o sistema.

És en aquest context, present des de fa anys al nostre país, en el qual cobra sentit la implantació de dispositius d'atenció geriàtrica especialitzada en el sistema públic de Salut.

La geriatría és especialitat mèdica en molts països del món i de la Unió Europea. En l'àmbit de la Unió Europea ho és, segons una enquesta de 2008, afavorida, entre altres, per la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS), en setze països [Taula 1]. Al Regne Unit ho és des de l'any 1948, any en què s'oficialitzà i incorporà al National Health Service.

**Taula 1** | *Geriatría a Europa.*

Geriatría especialitat mèdica Unió Europea	Geriatría subespecialitat mèdica Unió Europea
Alemanya, Bèlgica, Bulgària, Dinamarca, Espanya, Finlàndia, França, Holanda, Hongria, Itàlia, Lituània, Macedònia, Malta, Regne Unit, República Txeca i Suècia	Eslovàquia, Irlanda, Islàndia, Noruega, Polònia, Sèrbia, Suïssa, Turquia i Ucraïna

Font: *Tratado de Medicina Geriátrica. 2015.*

A Espanya neix l'especialitat de geriatría de forma reglada l'any 1978, i des de llavors el sistema MIR forma especialistes que es van incorporant a les diferents unitats assistencials,

tant en l'àmbit dels serveis sanitaris com socials. L'any 2015 hi ha 34 hospitals espanyols que disposen d'unitats geriàtriques acreditades per formar especialistes de geriatria. Recentment, també, al nostre país ha estat creada l'especialitat d'infermeria geriàtrica.

**Taula 2** | *Relació d'hospitals espanyols amb serveis de geriatria o unitats geriàtriques i docència acreditada per a la formació d'especialistes de geriatria (sistema MIR).*

Centre hospitalari docent	Localitat
Hospital Real Nuestra Señora de Gracia	Saragossa
Hospital Provincial del Sagrado Corazón de Jesús	Osca
Hospital San José	Terol
Hospital Monte Naranco	Oviedo
Hospital Insular de Lanzarote	Arrecife (Lanzarote)
Hospital Geriátrico Virgen del Valle	Toledo
Hospital General Universitario de Guadalajara	Guadalajara
Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Albacete	Albacete
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Barcelona
Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat	Vilanova i la Geltrú (Barcelona)
Hospital General Vall d'Hebron	Barcelona
Hospital General de Granollers	Granollers (Barcelona)
Hospital General de l'Hospitalet	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
Hospital General de Vic	Vic (Barcelona)
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar	Barcelona
Hospital de la Santa Creu	Jesús - Tortosa (Tarragona)
Antic Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena / Hospital de Mataró	Mataró (Barcelona)
Hospital General de Terrassa	Terrassa (Barcelona)
Hospital d'Igualada	Igualada (Barcelona)
Hospital General de Segovia	Segòvia
Hospital San Juan de Dios	Lleó
Complejo Asistencial de León	Lleó
Hospital El Bierzo	Fuentesnuevas-Ponferrada (Lleó)
Hospital San Juan de Dios	Lleó
Hospital Nuestra Señora de la Montaña de Cáceres	Càceres
Complejo Hospitalario Xeral-Calde (Calde)	Lugo
Hospital Meixoeiro de Vigo	Vigo

continua

Centre hospitalari docent	Localitat
Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid	Madrid
Hospital Clínico Universitario San Carlos	Madrid
Hospital Universitario de Getafe	Getafe (Madrid)
Hospital Gregorio Marañón	Madrid
Hospital Universitario la Paz	Madrid
Hospital Ramón y Cajal	Madrid
Hospital Severo Ochoa	Leganés (Madrid)

Font: SEGG.

Finalment, la geriatria és una especialitat mèdica reconeguda als Estats Units i en nombrosos països de Llatinoamèrica.

El desenvolupament de l'atenció geriàtrica és desigual en el conjunt de les comunitats autònomes. Actualment a Espanya el 12% d'hospitals generals tenen unitat geriàtrica d'aguts (Romero et al., 2009) i un 30% tenen algun recurs geriàtric específic a la cartera de serveis. Les comunitats de Madrid, Catalunya i Castella - la Manxa, amb cobertures que abasten més del 50% dels hospitals, se situen al capdavant en la implantació d'aquests recursos. Altres comunitats en disposen en menor mesura, com és el cas de Castella i Lleó, Extremadura, les Canàries, Galícia, Aragó, la Rioja, la Comunitat Valenciana i Astúries.

Les Illes Balears, considerant les dades actuals, són una de les comunitats amb menys recursos específics d'atenció geriàtrica especialitzada al Servei de Salut, ja que no hi ha cap unitat geriàtrica d'aguts i disposa d'escassos llits de cures intermèdies o de mitjana estada. En el moment actual al Servei de Salut de les Illes Balears només hi ha dos especialistes de geriatria, un adscrit a l'Hospital Universitari Son Espases i l'altre a Eivissa-Formentera.

El nucli principal d'assistència geriàtrica específica en aquesta comunitat està situat a l'Hospital Sant Joan de Déu, concertat amb el Servei de Salut, que a la cartera de serveis inclou: unitat geriàtrica d'aguts, ortogeriatria, hospital de dia i consultes externes. En aquest hospital hi treballen actualment quatre especialistes en geriatria.

## 2. Però, per què geriatria? Per què pacients? Com es presta aquesta atenció?

### 2.1. Per què geriatria?

Geriatria perquè existeix prou evidència científica dels beneficis per al pacient dels diferents models d'atenció per especialistes en geriatria en relació amb els models tradicionals.

En el cas de pacients fràgils i geriàtrics, una metaanàlisi realitzada per un equip espanyol sobre onze estudis de diversos països que pretenien avaluar l'eficiència de les unitats de geriatria d'aguts, demostra que aquest model assistencial és més eficient que el maneig d'aquests pacients en unitats convencionals. Segons els resultats estadístics presentats, s'ha demostrat que les unitats geriàtriques d'aguts hospitalàries fan disminuir l'estada mitjana, la mortalitat i el deteriorament funcional dels pacients durant l'ingrés i augmenten la probabilitat que el pacient torni al seu domicili després de l'alta. Per això, tots els hospitals d'aguts haurien de considerar seriosament la implantació d'aquestes unitats a la seva cartera de serveis (Varela, 2012) o, si no, considerar l'adopció d'una metodologia de treball diferent, que incorpori la valoració geriàtrica integral i la interdisciplinarietat com a eines d'ús quotidià, així com plans de cures centrades en les necessitats individuals de cada pacient.

També la intervenció geriàtrica intensiva durant l'estada per fractura de maluc ha demostrat que fa disminuir les complicacions i la mortalitat intrahospitalària sense augmentar l'estada mitjana. La fractura de maluc és una important complicació de l'osteoporosi, i al nostre país se'n produeixen entre 50.000 i 60.000 l'any (González et al., 2011), que afecten un 80% de gent més gran de 75 anys. I és per això, en un intent de millorar l'atenció en aquests casos, que neixen les unitats d'ortogeriatria, en col·laboració compartida entre els serveis de geriatria i traumatologia, que una vegada avaluades demostren una millora funcional dels pacients a l'alta i una estada mitjana més curta durant l'hospitalització i es converteixen en l'entorn assistencial més adequat per al tractament de la fractura de maluc en l'ancià.

Altres intervencions sistematitzades i multidisciplinàries dutes a terme durant l'hospitalització tenen un impacte molt positiu en la incidència de delírium i deteriorament funcional.

També hi ha programes desenvolupats a la comunitat sobre ancians fràgils que aconseguen fer disminuir la progressió a dependència o les caigudes.

## 2.2. Per què pacients?

L'atenció geriàtrica especialitzada ha d'anar dirigida als pacients que se'n beneficien més, sobretot més grans de 75-80 anys, amb deteriorament funcional, pluripatologia, polimediació, trastorns mentals freqüents i problemàtica social que en dificulta l'alta.

En són exemple els pacients ancians fràgils (en risc de dependència), ancians dependents i pacients grans amb fractura de maluc.

En opinió dels mateixos geriatres de l'àmbit hospitalari (Baztán et al., 2012) l'edat molt avançada, la presència de processos geriàtrics específics com la fractura de maluc,



el deteriorament funcional o el deteriorament cognitiu agut, identifiquen bé una part important dels pacients hospitalitzats tributaris de rebre atenció geriàtrica especialitzada durant la seva hospitalització.

L'estudi Toledo (Romero et al., 2009) determina com a pacients adequats per a l'ingrés en una unitat geriàtrica d'aguts els d'edat superior a 80 anys i els que amb edat que supera els 75 anys presenten demència, pèrdua de funció a l'ingrés de 20 punts en l'escala de Barthel (especialment els que tenen discapacitat nul·la o lleu abans de l'ingrés) i alta comorbiditat.

En conjunt, aquests pacients suposen entorn d'un 15% dels pacients més grans de 65 anys ingressats en un hospital general.

### **2.3. Com es presta aquesta atenció?**

Per prestar aquesta atenció la geriatria disposa d'eines, i n'és una l'ús de nivells assistencials que garanteixin la continuïtat en l'assistència, que són aquests:

#### **2.3.1. Unitat geriàtrica d'aguts (UGA)**

Per a pacients, com s'ha dit, especialment molt grans que per un problema mèdic agut ingressen a l'hospital. També gent gran amb comorbiditat important, polimediació, deteriorament funcional, problemes mentals i problemes socials que en dificulten l'alta. S'estima la necessitat de llits d'UGA en 2,6 llits per cada 1000 persones més grans de 75 anys (Romero et al., 2009). Amb un nivell de recomanació A, aquest recurs hauria d'existir a l'hospital de referència de cada sector sanitari.

#### **2.3.2. Unitat de mitjana estada (UME)**

L'OMS va definir per primera vegada les cures intermèdies o de mitjana estada el 1974 (Sabartés et al., 2009) com un nivell assistencial necessari, amb llits d'hospitalització, dirigit a proporcionar continuïtat assistencial a pacients que una vegada superada la fase aguda de la seva malaltia, requereixen tractament mèdic, rehabilitador, i cures d'infermeria a mitjà termini, destinats a la recuperació funcional del pacient i la seva reinserció a la comunitat. Es tracta d'un nivell assistencial amb marcat caràcter rehabilitador la finalitat principal del qual és la recuperació funcional del pacient i la millora en els resultats de salut. Aquestes unitats tenen una importància especial en la recuperació d'ictus i fractura de maluc. En definitiva, són per a processos mèdics o quirúrgics en els quals s'espera recuperació funcional i bona col·laboració del pacient. Grau de recomanació A.

#### **2.3.3. Unitat de llarga estada**

Per a pacients que necessiten cures mèdiques i d'infermeria de forma continuada per a processos mèdics complexos associats a discapacitat i/o falta de suport familiar.

### 2.3.4. Hospital de dia

Nivell assistencial també amb marcat caràcter rehabilitador. Permet l'alta precoç del pacient i completar el procés de rehabilitació, control de malalties mèdiques i síndromes geriàtriques. Pacients amb bon suport familiar i/o social. Grau de recomanació B.

### 2.3.5. Consultes externes

Seguiment de pacients després de l'alta hospitalària. Atenció de derivacions des d'Atenció Primària de Salut, especialment les relacionades amb les síndromes geriàtriques (caigudes, deterioració cognitiva, deterioració funcional, immobilitat, incontinència, fragilitat etc.) i la valoració geriàtrica integral (VGI). Nivell de recomanació A.

### 2.3.6. Assistència geriàtrica domiciliària

Atenció proporcionada des de l'hospital per al seguiment de pacients amb problemes clínics complexos i dependència greu al domicili, en coordinació amb Atenció Primària. Grau de recomanació C.

**Taula 3** | *Graus de recomanació dels diferents dispositius assistencials en atenció geriàtrica especialitzada.*

Dístitiu	Nivell de recomanació
Unitat geriàtrica d'aguts (UGA)	A
Unitat de mitjana estada	A
Consultes externes	A
Hospital de dia	B
Assistència geriàtrica domiciliària	C

Font: *Tratado de Medicina Geriátrica* (2015).

## 3. Informes, documents oficials i recomanacions nacionals i internacionals que avalen el desenvolupament de l'atenció geriàtrica especialitzada

Durant les últimes dècades són molts els documents i recomanacions que tant en l'àmbit nacional com en l'internacional avalen el desenvolupament de l'atenció geriàtrica especialitzada als serveis de salut:

- Informe I Asamblea Mundial del Envejecimiento. Naciones Unidas.
- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud.
- Plan Gerontológico Nacional. Ministerio de Asuntos Sociales.

- Acuerdo Marco y Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Asuntos Sociales.
- Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan estratégico. INSALUD.
- Programa de Atención a las Personas Mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias.
- Plan de Atención a las Personas Mayores. Año Internacional de las Personas Mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología.
- Proyecto de Plan de Acción para Personas Mayores 2000-2005. INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Informe II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Naciones Unidas.
- Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Ponencia Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la Dependencia en Personas Mayores.

#### 4. Propostes per a la millora de l'atenció geriàtrica especialitzada al Servei de Salut de les Illes Balears

L'actual sectorialització del nostre Servei de Salut estableix la presència de sis sectors a la comunitat autònoma dels Illes Balears: quatre a Mallorca (Ponent, Migjorn, Llevant i Tramuntana) i dos a Eivissa-Formentera i Menorca respectivament. Amb criteris de sectorialització, la proposta de desenvolupament de l'atenció geriàtrica especialitzada és la següent:

##### 4.1. Unitat geriàtrica d'aguts

Amb un nivell d'evidència A, és incontestable el benefici que s'obté una vegada implantada la unitat, vists els resultats clínics i funcionals i d'eficiència. Creiem que en el nivell d'aguts, almenys s'haurien d'establir unitats d'aguts als dos hospitals més importants de la comunitat, el de Son Espases i el de Son Llàtzer; dues unitats de vint i deu llits respectivament poden ser un bon punt de partida per al desenvolupament de l'especialitat en aquests centres.

A la resta d'hospitals s'hauria de disposar d'un consultor, com a pas previ a la implantació d'una unitat geriàtrica d'aguts. Inicialment aquest consultor podria atendre pacients seleccionats a l'hospital, i a través de consultes externes, les derivacions des d'Atenció Primària.

En el futur, Son Dureta també pot ser lloc per al desenvolupament d'una gran unitat geriàtrica d'aguts, seguint el model actual de l'àrea 4 de la Comunitat de Madrid.

#### **4.2. Unitats de mitjana estada**

És un nivell molt important, però la falta d'infraestructures no permet ampliar-ne el desenvolupament en l'actualitat. Creiem que el futur Son Dureta pot ser el lloc perquè es creixi en nombre de llits per a aquest nivell.

#### **4.3. Unitats de llarga estada / cures de llarga durada**

Actualment aquest nivell està gestionat pels serveis socials. Les residències de l'IMAS i altres que depenen dels consells d'Eivissa i Menorca, algunes amb nivell avançat de medicalització, assumeixen aquest tipus de cures. Si s'integrassin a l'espai sociosanitari del Servei de Salut, es posaria a la disposició d'aquest un gran nombre de llits que podrien ser utilitzats des dels hospitals d'aguts i les unitats de mitjana estada dels hospitals General i Joan March. La consolidació i el desenvolupament d'aquest nivell assistencial també passa pel futur Son Dureta.

#### **4.4. Hospital de dia**

És un recurs que permet l'alta precoç del pacient per al seu seguiment i recuperació funcional. Per a pacients amb bon suport familiar. La infraestructura per implantar-lo no és costosa, i el seu alt interès hauria de portar-nos a poder-ne disposar amb vint llits a Son Espases i Son Llàtzer i deu llits a la resta d'hospitals. Seria assumit pels especialistes de geriatria de cada centre. També el futur Son Dureta, en cas d'albergar una unitat geriàtrica d'aguts, pot oferir un potent recurs en aquest nivell.

#### **4.5. Consultes externes**

Serien assumides pels especialistes de geriatria adscrits als sis hospitals d'aguts. Per a seguiment de pacients prèviament hospitalitzats i derivacions des d'atenció primària.

#### **4.6. Atenció geriàtrica domiciliària**

Proporcionada des de l'hospital pels especialistes de geriatria, en coordinació amb els professionals d'atenció primària.

## Referències bibliogràfiques

Abizanda, P. i Rodríguez, L. (2015). *Tratado de Medicina Geriátrica*. Barcelona: Elsevier.

Baztán, J. J., González, J. I., Solano, J. J. i Hornillos, M. (2000). Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Medicina Clínica*, 115, 704-717.

Baztán, J. J., Suárez, F. M., López, J. i Rodríguez, L. (2011). Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(4), 186-192.

Baztán, J. J., Vidán, M. T., López-Doriga, P., Cruz-Jentof, A. J., Petidier, R., Gil, P. i Serra, J. A. (2012). ¿Qué pacientes se benefician más de la atención geriátrica hospitalaria en opinión de los especialistas en Geriatria?. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(5), 205-209.

Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991). *Informe y recomendaciones*. Madrid.

González, J. I., Gotor, P., Martín, A., Alarcón, T., Mauleón, J. L., Gil, E., García, E. i Alonso, J. (2011). La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(4), 192-199.

Naciones Unidas (1982). Informe I Asamblea Mundial del Envejecimiento. Viena.

Naciones Unidas (2002). Informe II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid.

INSALUD (1999). Plan estratégico. Madrid.

Martínez, N. i Formiga, F. (2012). Atención al paciente anciano: hacia una colaboración entre los Servicios de Medicina Interna y Geriatria. *Medicina Clínica*, 139(15), 694-697.

Ministerio de Asuntos Sociales (1992). Plan Gerontológico Nacional. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Asuntos Sociales (1993). Acuerdo Marco y Convenio de Colaboración. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD (1995). Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD (1999). Programa de Atención a las Personas Mayores. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD (1999). Proyecto de Plan de Acción para Personas Mayores 2000-2005. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD (2000). Plan de Atención a las Personas Mayores. Año Internacional de las Personas Mayores. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). 1ª Conferencia Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la Dependencia en Personas Mayores. Madrid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2003). Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. Madrid.

Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (1999-2005).

Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología (2000). La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid.

Romero, L., Sánchez, P. M. i Abizanda, P. (2009). El anciano en la Unidad Geriátrica de Agudos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(S1), 15-26.

Sabartés, O., Sánchez, D. i Cervera, A. M. (2009). Unidades de Subagudos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(S1), 34-38.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2000). *Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid.

Varela, J. (2012). Ahorrar con criterio clínico desde la perspectiva del ámbito hospitalario. *Medicina Clínica*, 139(4), 165-170.

Vidán, M. T. (2010). Investigación sobre modelos asistenciales en Geriatria: Propuestas para el futuro. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(6), 311-313.

## Autor

### 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. Actualment és president de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

# ESTIL DE VIDA I SALUT MENTAL

---



## **Estil de vida i salut mental**

Rocío Gómez Juanes  
M. Neus Llabrés Fuster  
Margalida Gili Planas  
Miquel Roca Bennasar  
Mauro García Toro

## Resum

L'augment de l'esperança de vida ha generat un creixent interès per l'estudi de la qualitat de vida de les persones grans. La depressió i l'ansietat són els dos problemes de salut mental més freqüents en aquest grup de pacients i amb més repercussió en la seva qualitat de vida.

La depressió comporta habitualment una sèrie de conductes (mala alimentació, aïllament, sedentarisme, desinterès per la cura d'un mateix, etc.) que poden precipitar o agreujar altres malalties físiques. D'altra banda, el risc d'aparició de depressió en edats avançades pot augmentar davant la freqüent restricció d'activitats i l'aïllament social, els impediments en la mobilitat, així com per l'impacte creixent de malalties mèdiques, sobretot d'origen cardiovascular, vascular cerebrals i neurodegeneratives. Hi ha, per tant, una relació de causalitat bidireccional entre la salut física i la mental. Sembla que la ciència està demostrant el que va proposar fa molts segles Juvenal en la famosa expressió «Mens sana in corpore sano».

És lògic, d'acord amb el que s'ha exposat més amunt, que intervencions basades en l'estil de vida estiguin demostrant utilitat en la prevenció i el tractament dels trastorns mentals. Per exemple, la pràctica regular d'exercici físic, una dieta sana i equilibrada com la que ofereix el patró mediterrani, una correcta higiene de son i l'exposició moderada a la llum solar poden ser eines importants per a l'abordatge dels símptomes depressius en la població gran, a més de millorar la seva salut física.

## Resumen

El aumento de la esperanza de vida ha generado un creciente interés por el estudio de la calidad de vida de las personas mayores. La depresión y la ansiedad son los dos problemas de salud mental más frecuentes en este grupo de pacientes y con mayor repercusión en su calidad de vida.

La depresión comporta habitualmente una serie de conductas (mala alimentación, aislamiento, sedentarismo, desinterés por la higiene y atención de un mismo, etc.) que pueden precipitar o agravar otras enfermedades físicas. Por otro lado, el riesgo de aparición de depresión en edades avanzadas puede aumentar ante la frecuente restricción de actividades y el aislamiento social, los impedimentos en la movilidad, así como por el impacto creciente de enfermedades médicas, sobre todo de origen cardiovascular, vascular-cerebrales y neurodegenerativas. Existe, por lo tanto, una relación de causalidad bidireccional entre la salud física y la mental. Parece que la ciencia está demostrando lo que propuso hace muchos siglos Juvenal en la famosa expresión «Mens sana in corpore sano».

Es lógic, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, que intervenciones basadas en el estilo de vida estén demostrando utilidad en la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales. Por ejemplo, la práctica regular de ejercicio físico, una dieta sana y equilibrada como la que ofrece el patrón mediterráneo, una correcta higiene de sueño y la exposición moderada a la luz solar pueden ser herramientas importantes en el abordaje de los síntomas depresivos en la población mayor, además de mejorar su salud física.

## 1. Què entenem per estil de vida i quines evidències tenim que està canviant

Al llarg de la història l'ésser humà ha hagut d'adaptar-se per sobreviure a un entorn canviant. Per exemple, la Revolució Industrial, al final del segle XVIII i principi del segle XIX, va condicionar un procés de transformació econòmica, tecnològica i social que canviaria per sempre la nostra forma de vida. En el context de les revolucions tecnològiques del segle XX, els països que denominem desenvolupats van aconseguir uns nivells de benestar, seguretat i llibertat que, encara que millorables, no tenen precedent en la història. Prova d'això és que l'esperança de vida pràcticament s'ha duplicat durant el segle passat, en bona part també gràcies a la millora de la salut pública. Sembla clar que als països desenvolupats, l'estil de vida és un dels principals condicionants sobre l'estat de salut de la població. L'escriptor Alvin Toffler (Nova York, 1928) va ser el primer que va utilitzar aquest concepte en al·lusió a la manera en què la societat menja, practica exercici físic, descansa, juga, dorm, treballa, es comporta amb els altres... Així, l'elecció de l'estil de vida influeix en l'aparició o la prevenció de moltes malalties. Efectivament, està àmpliament demostrat que conductes de risc com el tabaquisme, una dieta poc saludable, una conducta sedentària o un excessiu consum d'alcohol són les principals causes de malaltia als països industrialitzats. De fet, malalties com la diabetis, les cardiopaties i el càncer han augmentat al llarg de l'últim segle de forma paral·lela a alguns canvis en l'estil de vida. El mateix podem dir respecte de l'ansietat o la depressió (O'Connor et al., 2010; García-Toro, 2012).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en la 31a sessió del seu comitè regional per a Europa, va definir «estil de vida» com «una forma general de vida basada en la interacció entre les condicions de vida en un sentit ampli i els patrons individuals de conducta determinats per factors socioculturals i característiques personals» (Kickbusch, 1986). També va emfatitzar la necessitat de diferenciar entre estil de vida i estil de vida saludable, així com la importància d'abordar l'estil de vida saludable des d'un enfocament més social que mèdic. Per tant, quan parlem d'estil de vida saludable, es tenen en compte aquelles conductes que impliquen un risc o prevenció per a la salut i que la població tria d'acord amb les seves possibilitats (Cockerham et al., 1997).

## 2. Influència de l'estil de vida en la salut

Com hem dit, les intervencions en l'estil de vida poden disminuir el risc que aparegui una malaltia crònica o ajudar en el maneig terapèutic d'una malaltia ja existent, terme que es coneix com a medicina de l'estil de vida (Hyman et al., 2009). Cada vegada hi ha més evidències científiques que avalen la seva efectivitat, la qual cosa va portar al fet que el Consell Americà de Medicina Preventiva redactés diverses recomanacions el 2009 (taula 1).

**Taula 1** | *Medicina de l'estil de vida: recomanacions generals de salut*

- Practicar alguna activitat física moderadament intensa almenys cinc dies per setmana i preferiblement cada dia.
- Abandonar l'hàbit tabàquic (si s'és fumador).
- Moderar el consum d'alcohol: limitar-lo a dues unitats estàndard/dia (en homes); una unitat estàndard/dia (en dones).
- Reduir el pes corporal entre el 5% i el 10% (si hi ha sobrepès o obesitat).
  - Disminuir la ingesta calòrica a 500 kcal/dia.
  - Augmentar gradualment la intensitat de l'exercici físic fins a 60 min/dia.
- Assegurar una dieta equilibrada, variada i saludable:
  - rica en vegetals i fruita: al menys 2 fruites/3 vegetals per dia;
  - seleccionar aliments integrals, amb alt contingut en fibra (almenys la meitat dels cereals que siguin integrals);
  - limitar la ingesta d'àcids grassos saturats a menys del 10% de les calories i d'àcids grassos trans (margarina, brioixeria, fregits) a menys de l'1%;
  - reduir el colesterol a menys de 300 mg/dia, seleccionant carns magres, alternatives vegetals i productes làctics descremats, i minimitzant la ingesta de greixos parcialment hidrogenats;
  - consumir peix, especialment peix blau, almenys dues vegades per setmana;
  - minimitzar la ingesta de begudes i menjar amb sucre afegit;
  - limitar el consum de sal (< 5 g/dia), i
  - beure suficient aigua (> 1,5 l/dia).
- Augmentar el benestar emocional i mental:
  - presentar una actitud optimista i positiva davant la vida;
  - gestionar eficaçment l'estrès, i
  - dormir les hores de son adequades (7-9 hores en adults i persones grans).

Adaptat de l'*American College of Preventive Medicine* 2009.  
Una unitat estàndard = 10 grams d'alcohol pur.

Aquestes recomanacions generals poden presentar variacions en funció de la malaltia física que s'estigui abordant, encara que sempre es posen en relleu dos punts: es detallen tots els comportaments saludables i es destaca que fins i tot petites millorances en l'estil

de vida, si es mantenen en el temps, poden ajudar a reduir el risc de patir una malaltia o bé frenar-ne la progressió (García-Toro et al., 2013).

Un autor pioner en aquest camp de recerca mèdica és Dean Ornish. En diversos assajos clínics realitzats en els últims quinze anys va trobar que les persones amb malaltia coronària greu podien detenir i fins i tot revertir la progressió de la seva malaltia a través de programes estructurats que modificaven l'estil de vida. Aquestes intervencions incloïen l'aprenentatge del maneig de l'estrès a través del ioga i la meditació, una dieta vegetariana baixa en greixos, deixar de fumar, fer exercici físic moderat i millorar el suport social (Ornish et al., 2001; Ornish et al., 2007). El 2008 va publicar, a més, un treball en què s'observava com el canvi de l'estil de vida en pacients amb càncer de pròstata influïa en el funcionament de gens importants per a l'evolució de la malaltia. De nou una dieta equilibrada, tècniques per al maneig de l'estrès, caminar i un adequat suport social van demostrar la seva influència en l'expressió d'uns 500 gens (Ornish et al., 2008). En un altre estudi amb pacients diabètics dut a terme a la Universitat d'Oregon es va aplicar un programa de sis mesos que intentava modificar quatre factors de risc per desenvolupar una malaltia coronària: alimentació, activitat física, suport social i maneig de l'estrès. Aquest programa ha estat denominat «Estil de vida mediterrani» i, a més de demostrar-se útil, va ser molt ben acceptat pels pacients (Toobert et al., 2005). El mateix grup ha utilitzat aquest programa en pacients diabètics també amb bons resultats (Toobert et al., 2011).

Encara que la medicina de l'estil de vida és una disciplina en auge, no pretén substituir sinó complementar els tractaments mèdics ja disponibles. Inicialment, la majoria d'estudis es van centrar en com els canvis en l'estil de vida podien prevenir malalties físiques cròniques com les malalties cardiovasculars, pulmonars, metabòliques, musculoesquelètiques o determinats càncers. Les dades obtingudes es van generalitzar en un altre tipus de trastorns crònics, com els mentals, entre els quals destaquen l'ansietat o la depressió. En aquest sentit, són nombroses les recerques recents per al tractament de la depressió que avalen l'ocupació dels següents factors lligats a l'estil de vida: pràctica regular d'exercici físic, millora d'hàbits alimentaris, augment de l'exposició a la llum solar i higiene del son (Brinks et al., 2011; O'Connor et al., 2010; Clinton et al., 2007; Martinsen et al., 2008).

### 3. Influència de l'estil de vida en persones grans

A Espanya es produeix un augment del grau d'envelliment poblacional. Les dades estadístiques van revelar un augment progressiu en les últimes dècades de la població més gran de 65 anys. Aquest increment d'edat de la població ha comportat la creació de societats medicocientífiques per fomentar l'estudi de l'envelliment, per la qual cosa cada vegada hi ha més professionals dedicats a aquest camp.

L'augment de l'esperança de vida comporta repercussions en l'entorn sanitari i social (Vives et al., 2013). La longevitat augmenta la incidència de malalties cròniques i degeneratives que necessiten atenció sanitària i, a més, afecten l'autonomia personal i la funcionalitat. Per tant, és imprescindible posar en pràctica mesures i campanyes, tant socials com sanitàries, per actuar de forma preventiva, a fi d'envellir de forma més saludable. No només és important arribar a la vellesa, sinó constatar en quines condicions s'hi arriba. Molts d'estudis, com els realitzats per Cosco et al. (2014), Vaillant et al. (2001), Li et al. (2014) analitzen quins són els factors que influeixen en un envelliment harmònic i satisfactori, com l'absència de minusvalidesa o d'incapacitat física (Deep et al., 2006) i el manteniment de les capacitats mentals. Sembla que gaudir de bona salut i, gràcies a això, mantenir l'autonomia personal i la independència, són dos dels factors més influents en la qualitat de vida.

El concepte qualitat de vida en la població gran ha estat àmpliament estudiat des de 1960. Així, la depressió, com la resta de problemes de salut mental, impacta de forma molt negativa en la qualitat de vida, en part per la minva de la interacció social que sol condicionar. Afortunadament, la població gran és la que està més disposada a realitzar canvis en els seus hàbits de vida per promoure la seva salut i autonomia, incloent-hi l'exercici i la dieta (Drewnowski et al., 2001). Un aspecte essencial per aconseguir el canvi és la motivació, que ha d'estudiar-se de forma individualitzada, segons les capacitats i necessitats de cada persona.

Recents campanyes engegades per la Societat Espanyola de Gerontologia i Geriatria (SEGG) i també per la Conselleria de Salut del Govern dels Illes Balears tenen com a principal objectiu aconseguir una adequada qualitat de vida a través del que es diu «envelliment actiu». La finalitat és la promoció d'un estil de vida saludable, mitjançant l'alimentació i l'exercici físic, tal com cita la Societat Americana de Gerontologia: «Afegir vida als anys, i no només anys a la vida».

Segons l'Acadèmia de Nutrició i Dietètica dels Estats Units d'Amèrica (2012), començar un hàbit de vida saludable en edats primerenques, mantenir una dieta saludable i un pes corporal recomanat, a més d'un estil de vida físicament actiu, són els factors clau per evitar el deteriorament físic i mental que comporta l'envelliment.

#### 4. La depressió. Factors demogràfics

La depressió es caracteritza per presentar estat d'ànim baix persistent, absència d'interès, pèrdua del plaer per les experiències ordinàries i un conjunt de símptomes emocionals, cognitius, físics i conductuals associats (NICE 2009). La gravetat de la depressió depèn del nombre i intensitat dels símptomes més descrits més endavant (NICE 2009) (taula 2).

**Taula 2** | *Síntomes depressius*

Humor depressiu
Pèrdua de la capacitat d'interessar-se i de gaudir de les coses (anhedonia)
Disminució de la vitalitat, reducció del nivell d'activitat, cansament exagerat
Disminució de l'atenció i la concentració
Pèrdua de la confiança en un mateix i sentiments d'inferioritat
Idees de culpa i de ser inútil (fins i tot en els episodis lleus)
Perspectiva negra del futur (desesperança)
Trastorns del son (per defecte o per excés)
Trastorns de la gana (per defecte o per excés)
Idees de mort i, en alguns casos, actes autoagressius

A pesar que els criteris per a la depressió major són comuns en qualsevol grup d'edat, es considera que la població gran pot mostrar variacions en els símptomes respecte de l'adult jove. Així, sol presentar major anhedonia (dificultat per experimentar plaer), falta d'interès en les relacions socials i irritabilitat (Ellison et al., 2012).

La depressió és una malaltia molt habitual i afecta 121 milions d'adults al món. De fet, el 2000 va ser la quarta malaltia productora de discapacitat, per sobre de l'angina de pit o l'artritis (Moussavi, 2007). Hi ha dades que apunten a la depressió com una malaltia cada vegada més prevalent, especialment al món desenvolupat (Bromet et al., 2011; Gili et al, 2013; Roca et al, 2009; Gutiérrez-Frere et al., 2011). La seva gravetat varia des de lleu a greu; el suïcidi és la seva conseqüència més dramàtica. Afortunadament, la majoria de casos són lleus o moderats i no solen evolucionar malament si són precoços i adequadament tractats.

Les recerques epidemiològiques sobre la depressió han demostrat que hi ha una àmplia disparitat de freqüència entre regions i països al voltant del món (Chung et al., 2013). Per exemple, és més habitual als països rics (8,9%) que als països pobres (4,1%). A més de la importància de l'estatus econòmic, altres variables també influeixen en l'aparició de la depressió, com les característiques de l'entorn o l'habitatge, l'estat civil, el grup ètnic o l'edat (Gili et al., 2014).

La majoria d'investigacions que han considerat la influència de l'edat en la depressió conclouen que el risc de deprimir-se augmenta amb els anys. Un dels motius és que les persones grans segueixen suportant situacions de pèrdua i alts nivells d'estrès, especialment en els nivells socioeconòmics més baixos. S'afegeix que en aquests estrats socioeconòmics, les persones presenten més sentiments de fracàs i tristesa en fer una valoració personal dels assoliments aconseguits durant la vida. Molts d'estudis realitzats en països rics o

amb un nivell d'ingressos mitjans recolzen aquesta teoria del cicle vital com a explicació de l'augment de prevalença de depressió en augmentar l'edat (McDonnal et al., 2009; Paukert et al., 2009). D'altra banda, s'ha suggerit que el deteriorament de la capacitat física i mental, és inductor d'episodis depressius (Fiske et al., 2009).

Els tractaments recomanats per a la depressió moderada a greu consisteixen en un suport psicosocial bàsic combinat amb fàrmacs antidepressius o psicoteràpia, com la teràpia cognitivoconductual, la psicoteràpia interpersonal i les tècniques per a la resolució de problemes. Els tractaments psicosocials són eficaços i haurien de ser els de primera elecció en la depressió lleu (Nathan i Gorman, 2007). Els tractaments farmacològics i psicològics són eficaços en els casos de depressió moderada i greu (Davidson, 2010). Lamentablement, més de la meitat dels afectats en tot el món (i més del 90% en alguns països) no els rep. Un dels obstacles és la falta de recursos i de personal sanitari capacitat, a més de l'estigmatització dels trastorns mentals i l'avaluació clínica inexacta. Així, les persones amb depressió no sempre es diagnostiquen correctament, ni tan sols en alguns països amb elevats ingressos, mentre que altres persones frustrades o insatisfetes, que en realitat no pateixen depressió, són diagnosticades erròniament i tractades amb fàrmacs antidepressius. Els fàrmacs antidepressius són efectius i cada vegada més segurs i més ben tolerats, però encara poden induir efectes adversos que portin a un abandó massa precoç de la medicació (Ebmeier et al., 2006; Cassano i Fava, 2002; Cipriani et al., 2009). Ha de tenir-se en compte que és necessari esperar un període de dies o setmanes abans que apareguin els efectes antidepressius desitjats (Anderson et al., 2008). Les psicoteràpies estan exemptes dels efectes adversos de la medicació, però no d'altres problemes, com el seu cost econòmic, la seva baixa disponibilitat i el fet que requereixen una alta motivació per dur-les a terme i que siguin útils.

D'altra banda, molts pacients amb depressió, així com persones amb trastorns d'ansietat, tendeixen a utilitzar medicines alternatives i complementàries (p.e.: herboristeria, acupuntura, suplementos nutricionals, aromateràpia), i s'ha observat un creixent interès per aquest tipus de tractaments, malgrat que no han demostrat clarament la seva utilitat (Sarris et al., 2014).

## 5. Influència de l'estil de vida en la depressió

Cada vegada existeix més evidència que als països desenvolupats, amb unes índexs de prevalença de depressió al llarg de la vida d'entre el 10 i el 20%, més en dones que en homes, l'estil de vida de la població pot augmentar la vulnerabilitat cap a la depressió (García-Toro et al., 2012). Així, s'ha suggerit que determinats factors de l'estil de vida poden contribuir tant a l'aparició com al manteniment de la depressió (Harvey et al., 2010; Sánchez-Villegas et al., 2009; Wirz-Justice et al., 2005). De forma coherent, hi ha



estudis que demostren la utilitat de promoure modificacions saludables en l'estil de vida de pacients amb depressió. Per exemple, Sánchez-Villegas (2009) suggereix que seguir una dieta mediterrània pot ajudar a prevenir l'aparició de depressió.

A més de la dieta, s'ha assenyalat l'activitat física, les hores de son i el temps d'exposició a la llum solar com a factors de l'estil de vida amb possible repercussió en la depressió (Peet, 2004; Berk, 2009; Wirz-Justice et al., 1996). No obstant això, a pesar que les persones que pateixen depressió són conscients dels aspectes del seu estil de vida que podrien millorar el seu estat d'ànim, aquests canvis no solen realitzar-se espontàniament (Morgan et al., 2012).

Les guies de pràctica clínica (GPC), tant nacionals (GPC Sistema Nacional de Salut), com internacionals (National Institute of Health and Care Excellence, NICE, entre d'altres) ja aposten per la necessitat de realitzar canvis en l'estil de vida com a estratègia terapèutica per a la depressió. Recomanen especialment fer exercici físic, mantenir una dieta equilibrada i una adequada higiene del son. No obstant això, a dia d'avui, tant els dispositius d'atenció primària com els serveis especialitzats de salut mental manquen de programes estructurats que facilitin aquest tipus d'intervencions. Potser això s'explica, almenys en part, perquè hi ha molt pocs estudis que demostrin que es poden modificar aquestes pautes a través d'un programa estructurat i dirigit per professionals sanitaris.

## 6. Exercici físic en el tractament i prevenció de la depressió

L'Associació Health Canadà va publicar, el 1999, que l'estil de vida físicament actiu millorava la qualitat de vida, la salut física i mental, l'energia, la postura i l'equilibri, i perllongava la vida, alhora que millorava el benestar del nostre organisme, la integració social i reduïa l'estrès. Prova d'això, és que en les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), una de les claus per envellir saludablement, segons Vagetti et al. (2014), és la realització d'activitat física, ja que redueix el patiment de determinades malalties, cosa que permet millorar la qualitat de vida.

La disminució de la pràctica d'exercici físic comporta problemes de salut (Tremblay et al., 2010). La pràctica d'exercici és beneficiosa i prevé l'aparició de certes malalties. Per tant, l'evidència ens diu que incorporar l'exercici físic a través d'activitats rutinàries i activitats d'oci es considera una opció molt recomanable, com apunten Tessier et al. (2007), i més si es converteix en hàbit. No obstant això, s'ha demostrat que la pràctica d'exercici físic tendeix a disminuir amb l'edat (Sallis et al., 2000). A més, és un fet ja constatat que la nostra societat actual tendeix a un estil de vida cada vegada més sedentari (Sallis et al., 2000), i el sedentarisme és una de les causes principals de mort prevenible en països desenvolupats (Ashwort, 2004).

L'activitat física permet a les persones grans millorar la seva habilitat per a la realització d'activitats quotidianes com cuinar o arreglar-se, segons assenyalen Drewnowski i Evans (2001). A més, Penninx et al. (1991) afirmen que incorporar programes d'exercicis retarda els problemes de mobilitat induïts per l'edat i, al mateix temps, redueix el risc de patir símptomes depressius, ja que és consistent la relació entre salut física i símptomes depressius (Braams et al., 2005). De fet, són cada vegada més els centres residencials que desenvolupen programes de foment de l'activitat física. Amb això aconseguen reduir, a més, el risc d'aparició de malalties degeneratives cròniques, tal com assenyala el American College of Sports Medicine.

A més dels beneficis sobre la nostra salut física, l'exercici físic està implicat en la preservació de diferents funcions corporals (son, apetit, sexualitat), que solen estar afectades negativament per la depressió i l'ansietat (Sale et al., 2000). L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2011) publica una clara recomanació en relació amb tot l'exposat: «Com a part del tractament s'ha d' aconsellar la realització d'activitats físiques als adults que sofreixen un episodi depressiu o depressió i porten una vida sedentària. En la depressió moderada o greu, aquesta intervenció s'ha de considerar com a suplement dels medicaments antidepressius o la psicoteràpia estructurada breu».

Tal com van demostrar Lindwall et al. (2011), amb gairebé 18.000 persones grans en onze països europeus, l'activitat física regular pot ser una eina valuosa per a la prevenció de futurs símptomes depressius en els adults grans. No obstant això, ha de quedar molt clar que la depressió dificulta molt clarament la pràctica d'activitat.

## 7. Dieta saludable en el tractament i la prevenció de la depressió

La dieta contribueix substancialment al risc de patir malalties i discapacitat a nivell mundial (OMS, 2004). L'empitjorament de la qualitat de la dieta al món desenvolupat s'ha relacionat amb l'increment de malalties mentals, cardiovasculars, diabetis tipus 2 i certs tipus de càncer. Segons les estratègies nutricionals que proposa Woo (2011), es considera que una aportació adequada de proteïnes ajuda a mantenir la musculatura i la densitat òssia, prevenint, així, l'osteoporosi i, amb això, el risc de fractures. La reducció d'àcids grassos saturats prevé malalties cardiovasculars i s'està relacionant també amb l'envelliment cerebral (Uranga et al., 2010). La ingesta de micronutrients com el calci, potassi, sodi, està relacionada amb la tensió arterial i l'osteoporosi. Les vitamines i els antioxidants afavoreixen les funcions cognitives (Chernoff, 2001), redueixen el risc d'arteriosclerosi i afavoreixen la immunitat.

Malgrat les recomanacions més amunt descrites, són necessàries recomanacions més específiques i adaptades a les situacions especials de cada persona.

Així, hi ha molts factors que poden derivar en una deficient nutrició, especialment en persones grans. Ens referim a alteracions d'alguns sentits, com el del gust i el de l'olfacte, a problemes bucodentals, dificultats masticatòries o de deglutició, fins a la falta d'autonomia per a activitats bàsiques de la vida que afecten la vida quotidiana, com descriuen Drewnoswki i Evans (2001). Un elevat percentatge de persones grans mostra una inadequada ingesta de calci, zinc, magnesi, potassi, iode, àcid fòlic, vitamina A, vitamina D, vitamina I, i riboflavines (Martinez-Tomé et al., 2011), cosa que provoca seriosos problemes de salut derivats per deficiències en la nutrició, la qual cosa incidiria en una pitjor funcionalitat física i mental.

D'altra banda, trobem l'extrem oposat, ja que més d'un terç de la població més gran de 65 anys és obesa o sofreix sobrepès, com és el cas dels EUA (Fakhori et al., 2012). Una dieta basada en grans aportacions calòriques, com dolços o greixos saturats, a més d'un estil de vida sedentari, predisposa a un augment de pes i, això, a l'aparició de malalties. Igualment, Luppino et al. (2010) observen que l'obesitat i el sobrepès augmenten el risc de patir depressió. De forma recíproca, la depressió condueix a una disminució de l'activitat física i al sedentarisme, que augmenta el risc a sofrir obesitat i sobrepès. Seguint aquesta línia no és estrany que es promoguin canvis nutricionals per a ancians amb obesitat com a prevenció de la depressió, com proposa Sthal et al. (2014). No obstant això, aquests canvis han de tenir també en compte factors socioeconòmics i familiars. Així, els resultats d'un estudi realitzat a Europa per Morais et al. (2013) ens mostra que la solitud, un nivell educacional baix i un baix nivell d'ingressos constitueixen situacions de risc per a una correcta aportació nutricional.

Encara que s'han investigat els efectes dels micronutrients en la depressió (Sánchez-Villegas, 2011; Ibarra, 2014), existeix més interès sobre els beneficis d'adoptar determinats patrons alimentaris, com és el cas de la «dieta mediterrània», terme encunyat per primera vegada pel fisiòleg americà Ancel Benjamin Keys el 1970 (taula 3). Aquest patró dietètic es caracteritza per un alt consum d'oli d'oliva, fruita i fruita seca, cereals, llegum, verdura i peix, un moderat consum d'alcohol i un baix consum de carn vermella i productes làctics enters. Les propietats antiinflamatòries i antioxidants atribuïdes a aquest patró dietètic podrien explicar les troballes obtingudes en la prevenció de malalties tan diferents com les cardiovasculars, determinats tipus de càncers o la simptomatologia afectiva (Sánchez-Villegas et al., 2011; 2009; Sofi, 2009; Muñoz et al., 2008; Serra Majem et al., 2006).

---

### Taula 3 | *Dieta mediterrània*

---

1. Utilitzar l'oli d'oliva com a principal greix d'addició.
  2. Consumir diàriament aliments vegetals en abundància: fruita, verdura, hortalisses, llegum i fruita seca.
-

3. El pa i els aliments procedents de cereals (pasta, arròs i productes integrals) han de formar part de l'alimentació diària.
4. Els aliments poc processats, frescs i locals han de ser els més abundants.
5. Consumir diàriament productes làctics, principalment iogurt i formatges.
6. La carn vermella hauria de consumir-se amb moderació i, si pot ser, com a part de guisats i altres receptes. Limitar el consum de carns processades.
7. Consumir peix en abundància i ous amb moderació. Es recomana el consum de peix blau com a mínim una o dues vegades a la setmana. El consum d'ous tres o quatre vegades la setmana és una bona alternativa a la carn i el peix.
8. La fruita fresca constitueix les postres habituals i solament ocasionalment dolços, pastissos i postres làctics.
9. L'aigua hauria de ser la beguda per excel·lència. El vi s'ha de prendre amb moderació i amb els menjars.

En resum, després d'haver-se demostrat els beneficis que té una dieta saludable sobre determinades malalties somàtiques, sobretot cardiovasculars, en els últims 5-10 anys observem un creixent interès per la influència que té l'alimentació en la prevenció i el tractament de la depressió. Hi ha cada vegada més evidències científiques de l'oportunitat que suposa intervenir sobre la dieta dels pacients amb depressió, i les persones grans són especialment interessants en aquest sentit.

## 8. Combinació de diverses recomanacions per a l'estil de vida en la depressió

Els hàbits de vida, com l'exercici físic, la dieta i uns altres, estan interrelacionats (Appleton et al., 2007). D'aquesta forma, quan un d'aquests hàbits es modifica, indirectament facilita el canvi dels altres (Ruiz et al., 2010).

Brown et al. (2000) van observar la utilitat de combinar tres simples recomanacions higienicodietètiques (exposició a la llum solar, exercici i complexos vitamínics) en una mostra de dones sense medicació antidepressiva. Leppamaki et al. (2004) van associar fototeràpia i exercici físic en subjectes amb símptomes depressius. Així mateix, Benedetti et al. (2005) van emprar la privació del son i la fototeràpia en combinació amb la psicofarmacologia en pacients amb trastorn bipolar que patien símptomes depressius. Finalment, García-Toro et al. (2012) combinen el son, l'exercici físic, la dieta i l'exposició solar per al tractament de pacients amb depressió. Tots aquests estudis demostren resultats favorables quan els pacients realment duen a terme els canvis en l'estil de vida que se'ls suggereix. Destaquem aquest fet perquè en un estudi molt recent no es va aconseguir motivar i animar suficientment els pacients depressius perquè canviessin el seu estil de vida i els resultats van ser, comprensiblement, negatius (Serrano et al., 2015).

## 9. Conclusions

1. La depressió és un problema molt important al món occidental i més encara en les persones d'edat avançada.
2. El freqüent deteriorament de la salut física i el funcionament cognitiu, així com les habituals pèrdues d'estatus socioeconòmic i suport social són factors involucrats molt importants.
3. A més dels tractaments antidepressius de primera elecció (intervencions psicosocials i/o psicofàrmacs en funció del cas), les persones grans poden beneficiar-se d'una intervenció sobre alguns factors clau del seu estil de vida (activitat física, dieta, son, etc.).
4. A pesar que cada vegada hi ha més investigacions que analitzen la influència de l'estil de vida en la depressió, cal dur a terme més estudis en persones d'edat avançada.

## Referències bibliogràfiques

- Amarantos, E., Martínez, A. i Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *Journal of Gerontology Biological and Psychological Science and Social Sciences* 56 Spec No 2:54-64.
- Anderson, I. M., Ferrier, I. N., Baldwin, R. C., Cowen, P. J., Howard, L., Lewis, G. i Tylee, A. (2008). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacology*, 22(4), 343-96.
- Appleton, K. M., Woodside, J. V., Yarnell, J. W., Arveiler, D., Haas, B., Amouyel, P. i Evans, A. (2007). Depressed mood and dietary fish intake: direct relationship or indirect relationship as a result of diet and lifestyle?. *Journal of Affect Disorders*, 104(1-3), 217-23.
- Appleton, K. M., Rogers, P. J. i Ness, A. R. (2008). Is there a role for n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids in the regulation of mood and behaviour? A review of the evidence to date from epidemiological studies, clinical studies and intervention trials. *Nutrition Research Reviews*, 21, 13-41.
- Ashworth, N. L., Chad, K. E., Harrison, E. L., Reeder, B. A. i Marshall, S. C. (2006). Programas de actividad física en el domicilio versus en el centro hospitalario para adultos mayores. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4.
- Aziz, R. i Steffens, D. C. (2013). What Are the Causes of Late-Life Depression?. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 497-516.
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Braam, A. W., Smit, J. i Tilburg, W. V. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27(6), 1397-409.
- Berk, M. (2009). Sleep and depression: Theory and practice. *Australian Family Physician*, 38(5), 302-304.
- Bernstein, M. i Franklin, R. (2012). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: food and nutrition for older adults: promoting health and wellness. *Journal Academy Nutrition Diet*, 112(8), 1255-77.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journals of Gerontology. Series A*, 58, 249-265.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G. i Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.*, 26(9), 90.
- Cassano, P. i Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 849-857.

Chernoff, R. (2001). Nutrition and health promotions in older adults. *Journal of Gerontology*, 56A (Special Issue II), 47-53.

Chung, H., Ng, E., Ibrahim, S., Karlsson, B., Benach, J., Espelt, A. et al. (2013). Welfare state regimes, gender, and depression: A multilevel analysis of middle and high income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(4), 1324-1341.

Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Geddes, J. R., Higgins, J. P., Churchill, R. i Barbui, C. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 28; 373(9665), 746-58.

Clinton, M. (2007). New directions in mental health practice with older people: Canadian strategies for mental health reform. *Int J Older People Nurs*, 2(2), 155-8.

Cockerham, W. C., Rütten, A., i Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond weber. *Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342.

Cole, M. G. i Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1147-1156.

Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. i Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 373-81.

Davidson, J. R. T. i Meltzer-Brody, S. E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(SUPPL. 7), 4-11.

Davidson, J. R. (2010). Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry*, 71(Suppl E1), e04.

De Beurs, E., Comijs, H., Twisk, J. R., Sonnenberg, C., Beekman, A. F. i Deeg, D. (2005). Stability and change of emotional functioning in late life: Modelling of vulnerability profiles. *Journal of Affective Disorders*, 84, 53-62.

Deep, C. A. i Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20.

De Morais, C., Oliveira, B., Afonso, C., Lumbers, M., Raats, M. i de Almeida, M. D. V. (2013). Nutritional risk of European elderly. *European Journal of Clinical Nutrition* 67, 1215-1219.

Drewnowski, A. i Evans, W. J. (2001). Nutrition, pshysical activity and quality of life in older adults. *Journals of Gerontology*, 56A(Special Issue II), 89-94.

Ebmeier, K. P., Donaghey, C. i Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 14, 367(9505), 153-67.

Ellison, J. M., Kyomen, H. H. i Harper, D. G. (2012). Depression in later life: an overview with treatment recommendations. *Psychiatr Clin North Am.*, 35(1), 203-29 <doi: 10.1016/j.psc.2012.01.003>.

Fakhouri, T. H., Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K. i Flegal, K. M. (2012). Prevalence of Obesity Among Older Adults in the United States, 2007-2010. *NCHS Data Brief no 106*. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics.

Forsman, A. K., Schierenbeck, I. i Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Aging and Health*, 23(3), 387-416.

García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Salva, J., Monzán, S., Vives, M. et al. (2010). Effectiveness of hygienic-dietary recommendations as enhancers of antidepressant treatment in patients with depression: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10.

García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Serrano, M. J., Oliván, B., Vicens, E. et al. (2012). Four hygienic-dietary recommendations as add-on treatment in depression: A randomized-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 200-203.

García-Toro, M., Rubio, J. M., Gili, M., Roca, M., Jin, C. J., Liu, S. et al. (2013). Persistence of chronic major depression: A national prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 306-312.

García-Toro, M. (2014). *Estilo de vida y depresión*. Madrid: Ediciones Síntesis.

George, L. K. (2010). Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology Biological and Psychological Science and Social Sciences*, 65B(3), 331-9.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. i Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108.

Gili, M., Vicens, C., Roca, M., Andersen, P. i McMillan, D. (2014). Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings: A systematic review. *Prev Med.*, pii: S0091-7435(14), 00284-9.

Gili, M., Castro, A., Navarro, C., Molina, R., Magallón, R., García-Toro, M. i Roca, M. (2014). Gender differences on functioning in depressive patients. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Sep; 166, 292-6 <doi: 10.1016/j.jad.2014.05.030>.

Glover, J. i Srinivasan, S. (2013). Assessment of the Person with Late-life Depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 36, 545-560.

Gutiérrez-Fraile, M., García-Calvo, C., Prieto, R. i Gutiérrez-Garitano, I. (2011). Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(6), 349-55.



Harvey, A. G. (2011). Sleep and circadian functioning: critical mechanisms in the mood disorders?. *Annu Rev Clin Psychol*, 7, 297-319.

Hyman, M. A., Ornish, D. i Roizen, M. (2009). Lifestyle medicine: treating the causes of disease. *Altern Ther Health Med.*, 15(6), 12-4.

Ibarra, O., Gili, M., Roca, M., Vives, M., Serrano, M. J., Pareja, A., García-Campayo, J., Gómez-Juanes, R. i García-Toro, M. (2014). The Mediterranean diet and micronutrient levels in depressive patients. *Nutr Hosp.* 3, 31(3), 1171-5 <doi: 10.3305/nh.2015.31.3.8124>.

Kickbusch, I. (1986). Life-styles and health. *Social Science y Medicine*, 22(2), 117-124.

Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R. et al. (1998). Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet*, 352(9128), 605-609.

Li, C., Lin, C. H., Lin, W. Y., Liu, C. S., Chang, C. K., Meng, N. H., Lee, Y. D., Li, T. C. i Lin, C. C. (2014). Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community dwelling elders. *BMC Public Health*, 14, 1013.

Loprinzi, P. D. i Mahoney, S. (2014). Concurrent occurrence of multiple positive lifestyle behaviors and depression among adults in the United States. *Journal of Affective Disorders*, 165, 126-130.

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijne, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. i Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67, 220-229.

Martínez Tomé, M. J., Rodríguez, A., Jiménez, A. M., Mariscal, M., Murcia, M. A. i García-Diz, L. (2011). Food habits and nutritional status of elderly people living in a Spanish Mediterranean city. *Nutrición Hospitalaria*, 26(5), 1175-82.

Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord J Psychiatry*, 62 (Suppl 47), 25-9.

Motl, R. W. i McAuley, E.(2010). Physical activity, disability, and quality of life in older adults. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 21(2), 299-308.

Morgan, A. i Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promotion y Education*, Suppl 2, 17-22.

Morgan, A. J., Jorm, A. F. i Mackinnon, A. J. (2012). Usage and reported helpfulness of self-help strategies by adults with sub-threshold depression. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 393-7.

Morgan, A. J., Mackinnon, A. J. i Jorm, A. F. (2013). Behavior change through automated e-mails: mediation analysis of self-help strategy use for depressive symptoms. *Behav Res Ther.*, 51(2), 57-62.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. i Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851-8.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. *National Institute of Clinical Excellence*. 2006.

O'Connor, D. W. i Parslow, R. (2010). Apparent antidepressant over-prescribing to older Australians might reflect invalid CIDI depression diagnoses. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(11), 1052-3

Organización Mundial de la Salud (1998). *Glosario de términos básicos en promoción de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ornish, D., Magbanua, M. J., Weidner, G., Weinberg, V., Kemp, C., Green C. i Carroll, P. R. (2008). Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 17, 105(24), 8369-74.

Ornish, D. (2007). It's hard for many people to follow a diet just from reading a book and a few sessions with a dietitian. *Med Gen Med*. 2007 Sep 18; 9(3), 57.

Ornish, D. M., Lee, K. L., Fair, W. R., Pettengill, E. B. i Carroll, P. R. (2001). Dietary trial in prostate cancer: Early experience and implications for clinical trial design. *Urology*, 2001 Apr; 57(4 Suppl 1), 200-1.

Ornish, D., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Lance Gould, K., Merritt, T. A., Sparler, S. et al. (1998). Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 280(23), 2001-2007.

Peet, M. (2004). International variations in the outcome of schizophrenia and the prevalence of depression in relation to national dietary practices: An ecological analysis. *British Journal of Psychiatry*, 184(MAY), 404-408.

Penninx, B. W., Leveille, S., Ferrucci, L., van Eijck, J. T. i Guralnik, J. M. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal of Public Health*, 89, 1346-1352.

Roca, M., Gili, M., García-Campayo, J., Armengol, S., Bauza, N. i García-Toro, M. (2013). Stressful life events severity in patients with first and recurrent depressive episodes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-7.

- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García-Campayo, J. et al. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 52-58.
- Sallis, J. F. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medical Science Sports Exercise*, 32(9), 1598-600.
- Sánchez-Villegas, A., Delgado-Rodríguez, M., Alonso, A., Schlatter, J., Lahortiga, F., Serra-Majem, L. et al. (2009). Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: The seguimiento universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Archives of General Psychiatry*, 66(10), 1090-1098.
- Sánchez-Villegas, A., Verberne, L., De Irala, J., Ruiz-Canela, M., Toledo, E., Serra-Majem, L. et al. (2011). Dietary fat intake and the risk of depression: The SUN project. *Plos One*, 6(1).
- Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I. i Berk, M. (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*, 10(14), 107.
- Sarris, J., Nierenberg, A. A., Schweitzer, I., Alpert, J. E., Rosenbaum, J. F., Iovieno, N. i Mischoulon, D. (2013). Conditional probability of response or nonresponse of placebo compared with antidepressants or St John's Wort in major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 33(6), 827-30.
- Stahl, S. T., Albert, S. M., Dew, M. A., Lockovich, M. H. i Reynolds, C. F. (2014). Coaching in Healthy Dietary Practices in At-Risk Older Adults: A Case of Indicated Depression Prevention. *American Journal of Psychiatry*, 1; 171(5), 499-505.
- Sullivan, L. J. i Asselin, M. E. (2013). Revisiting quality of life for elders in long-term care: an integrative review. *Nurs Forum*, 48(3), 191-204.
- Tessier, S., Vuillemin, A., Bertrais, S., Boini, S., Le Bihan, E., Oppert, J. M., Hercberg, S., Guillemin, F. i Briançon, S. (2007). Association between leisure-time physical activity and health-related quality of life changes over time. *Preventive Medicine*, 44, 202-208.
- Toobert, D. J., Strycker, L. A., Glasgow, R. E., Barrera, Jr. M. i Angell, K. (2005). Effects of the mediterranean lifestyle program on multiple risk behaviors and psychosocial outcomes among women at risk for heart disease. *Ann Behav Med.*, 29(2), 128-37.
- Toobert, D. J., Strycker, L. A., King, D. K., Barrera, M. Jr., Osuna, D., Glasgow, R. E. (2011). Long-term outcomes from a multiple-risk-factor diabetes trial for Latinas: ¡Viva Bien!. *Transl Behav Med.*, 1(3), 416-426.
- Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N. i Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 35(6), 725-40.
- Uranga, R. M., Bruce-Keller, A. J., Morrison, C. D., Fernandez-Kim, S. O., Ebenezer, P. J., Zhang, L., Dasuri, K. i Keller, J. N. (2010). Intersection between metabolic dysfunction, high

fat diet consumption, and brain aging. *Journal of Neurochemistry*, 114(2), 344-61.

Vagetti, G. C., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B., de Oliveira, V., Mazzardo, O. i de Campos, W. (2014). Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36, 76-88.

Vaillant, G. E. i Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 839-47.

Van Malderen, L., Mets, T. i Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: a systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 141-50.

Varo, J. J., Martínez-González, M. A., De Irala-Estévez, J., Kearney, J., Gibney, M. i Martínez, J. A. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32, 138-46.

Vives, M., García-Toro, M., Armengol, S., Pérez, M. C., Fernandez, J. R. i Gili, M. (2013). Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años. *Actas Esp. Psiquiatria*, 41(4), 218-26.

Wirz-Justice, A., Benedetti, F., Berger, M., Lam, R. W., Martiny, K., Terman, M. et al. (2005). Chronotherapeutics (light and wake therapy) in affective disorders. *Psychological Medicine*, 35(7), 939-944.

Wirz-Justice, A., Graw, P., Kräuchi, K., Sarrafzadeh, A., English, J., Arendt, J. et al. (1996). 'Natural' light treatment of seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 37(2-3), 109-120.

Woo, J. (2011). Nutritional Strategies for Successful Aging. *Medical Clinics North America*, 95, 477-493.

## Autors

### ROCÍO GÓMEZ JUANES

Madrid, 1983. Llicenciada en medicina i cirurgia per la Universitat Complutense de Madrid. Programa de Residència MIR amb formació especialitzada en psiquiatria de l'adult a l'Hospital de Son Espases. Màster en bioètica per la Universitat Ramon Llull de Barcelona. Presidenta del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Comarcal d'Inca. Formació específica en teràpia sistèmica al Roberto Clemente Center, Gouverneur Healthcare Services, Nova York. Coordinadora i psiquiatra adjunta de l'Hospital de Dia de Psiquiatria de l'Hospital Comarcal d'Inca. Actualment doctoranda i col·laboradora en la investigació de diferents abordatges psicoterapèutics a través de tecnologies de la informació i la comunicació en persones amb trastorn depressiu.

### M. NEUS LLABRÉS FUSTER

Palma, 1982. Llicenciada en medicina i cirurgia per la Universitat de Barcelona. Programa de residència MIR amb formació especialitzada en psiquiatria de l'adult a l'Hospital Son Llàtzer. Formació específica en trastorns de personalitat amb una beca de mobilitat a l'Hospital Presbiterian de Nova York. Màster en neurociències i psicobiologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Psiquiatra adjunta al Servei de Psiquiatria de l'Hospital Son Llàtzer, ubicada a consultes externes en centre de salut mental. Actualment doctoranda i col·laboradora en la investigació de diferents abordatges psicoterapèutics a través de tecnologies de la informació i la comunicació en persones amb trastorn depressiu.

### MARGALIDA GILI PLANAS

Palma, 1967. Llicenciada en psicologia i doctora en psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Professora titular de Psicologia Social del Departament de Psicologia de la Universitat de les Illes Balears. Membre del grup d'investigació Trastorns Mentals d'Alta Prevalença en Atenció Primària de l'Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNCS). Les seves actuals línies de recerca se centren en l'epidemiologia, diagnòstic i tractament dels trastorns afectius i d'ansietat en Atenció Primària, així com en la comorbiditat d'aquests trastorns amb malalties no psicopatològiques. Ha estat i és investigadora principal i/o col·laboradora en diferents projectes de recerca competitiu d'àmbit autonòmic, nacional i europeu. Ha publicat més de setanta articles en revistes internacionals indexades i ha participat en importants congressos nacionals i internacionals,

també ha estat convidada com a ponent per a difondre els resultats dels projectes en què participa.

#### MIQUEL ROCA BENNASAR

Palma, 1953. Llicenciat en medicina i cirurgia per la Universitat de Barcelona i especialitzat en psiquiatria. Doctor en psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Professor titular de Psiquiatria del Departament de Psicologia de la Universitat de les Illes Balears. Coordinador de l'Àrea de Neurociències de l'Institut d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS) i investigador principal del grup Trastorns Mentals d'Alta Prevalença en Atenció Primària. Les seves actuals línies de recerca se centren en l'epidemiologia, diagnòstic i tractament dels trastorns afectius i ansietat en Atenció Primària i en la comorbiditat d'aquest trastorns amb malalties no psicopatològiques. Ha estat i és investigador principal i/o col·laborador en diferents projectes de recerca competitius d'àmbit autonòmic, nacional i europeu. És autor de deu llibres de psicopatologia i psicofarmacologia i de més de vuitanta-cinc articles en revistes internacionals indexades. Forma part del consell editorial i de redacció de nombroses revistes de l'especialitat i és editor de la revista *Actas Españolas de Psiquiatria*. És president de la Fundación Española de Psiquiatria y Salud Mental.

#### MAURO GARCÍA TORO

Valladolid, 1963. Llicenciat en medicina per la Universitat de Valladolid; doctor en psiquiatria per la Universitat d'Alcalá de Henares. Professor del Departament de Psicologia de la Universitat de les Illes Balears. Membre de l'equip d'investigació Trastorns Mentals d'Alta Prevalença en Atenció Primària (TRAMAP). Està especialment interessat a investigar la relació entre l'estil de vida i la depressió.



**ENVELLIMENT, VULNERABILITAT,  
DIGNITAT I SOLIDARITAT. APORTACIONS DES  
DEL MODEL DE CURES PAL·LIATIVES**

---



## **Envelliment, vulnerabilitat, dignitat i solidaritat. Aportacions des del model de cures pal·liatives**

Enric Benito Oliver

Soledad Gallardo Bonet

Estefania Serratusell Sabater

## Resum

Dos aspectes marquen les condicions de l'envelliment en les societats desenvolupades del segle XXI: la superficialitat de la visió que la nostra societat de consum ofereix de la vida i la negació de la nostra vulnerabilitat.

La temporalitat i la mort són part de la condició humana i la seva negació dificulta l'adaptació al procés d'emmalaltir i especialment al de morir. Des d'una perspectiva humanista es fa necessari el reconeixement de dos aspectes complementaris al principi d'autonomia: la dignitat i la vulnerabilitat. Si, a més, ens sentim part d'una comunitat solidària, podem garantir una millor cura de la vellesa i de la mort.

Avui en dia, morim més tard i sovint després d'un procés crònic, atès en un entorn sanitari d'elevada complexitat tecnològica. La persona ha de poder participar en la presa de decisions i té dret a ser conscient de la seva situació vital i del seu pronòstic. La comunicació honesta des de la confiança que s'estableix en la relació terapèutica d'ajuda és el fonament per poder prendre decisions adients.

Un dels darrers avanços més importants des de la perspectiva de la bioètica és el desenvolupament del model d'atenció de cures pal·liatives, fonamentat en la comprensió de les persones des d'una perspectiva integral i humanista, que atén les seves necessitats biològiques, emocionals, socials i espirituals, i que facilita, alhora, l'adaptació al procés que precedeix la mort. Proposem aquest model com a oportunitat d'humanització de l'atenció a les situacions de malaltia crònica que sovint apareixen en les darreres etapes de la vida.

## Resumen

Dos aspectos marcan las condiciones del envejecimiento en las sociedades desarrolladas del siglo XXI: la superficialidad de la visión que nuestra sociedad de consumo ofrece de la vida y la negación de nuestra vulnerabilidad.

La temporalidad y la muerte forman parte de la condición humana y su negación dificulta la adaptación al proceso de enfermar y especialmente al de morir. Desde una perspectiva humanista es necesario reconocer dos aspectos complementarios al principio de autonomía: la dignidad y la vulnerabilidad. Si además nos sentimos parte de una comunidad solidaria, podemos garantizar un mejor cuidado de la vejez y de la muerte.

Hoy morimos más tarde y a menudo después de un proceso crónico, atendido en un entorno sanitario de elevada complejidad tecnológica. La persona debe poder participar en la toma de decisiones y ser consciente de su situación vital y su pronóstico. La comunicación

honestat des de la confiança que se estableix en la relació terapèutica de ajuda es la base per a la presa de decisions adequades.

Uno de los avances más importantes desde la perspectiva de la bioética es el desarrollo del modelo de atención de cuidados paliativos, fundamentado en la comprensión de las personas desde una perspectiva integral y humanista, que atiende a sus necesidades biológicas, emocionales, sociales y espirituales, y que, a la vez, facilita la adaptación al proceso que precede la muerte. Proponemos este modelo como oportunidad de humanización de la atención en las situaciones de enfermedad crónica que a menudo aparecen en las últimas etapas de la vida.

---

«Cuando el viejo rey pidió a sus hijas que respetaran su deseo de conservar un centenar de caballeros a su servicio, ellas le respondieron:  
Oh señor, vos sois mayor y debéis ser gobernado y dirigido con cierta pericia,  
que discerna vuestro estado mejor que vos mismo.»

«Más tarde una de sus hijas reflexiona: ¡Vaya un viejo caprichoso e inútil,  
que aún pretende dar todas las órdenes de una autoridad de  
que por sí mismo se despojó!

Por mi honor, esos viejos chochos se vuelven niños y hay que tratarlos con rigor,  
cuando de nada sirven las caricias...».

W. Shakespeare. *El rey Lear*

Un dels principals reptes que afrontem els professionals que tenim cura de les persones grans és saber conjugar harmònicament els principis de beneficència, autonomia i de respecte a la dignitat en una situació de vulnerabilitat i dependència.

El fragment extret de l'obra *El rei Lear* mostra l'estil paternalista predominant en la relació d'ajuda, que emfatitza la beneficència i sostreu el rol d'autonomia de la persona. Proposem en el seu lloc, el model deliberatiu de presa de decisions que pren en consideració els aspectes socials i clínics, conjuntament amb els valors i prioritats de la persona que participa en les decisions que l'afecten.

## 1. Introducció

Els avenços en medicina i en geriatría, units als recents canvis socials, han augmentat la longevitat i han millorat la qualitat de vida de les persones grans, si bé és cert que des del model social actual, sovint se'ns ofereix una perspectiva esquifida de la vellesa, que fins i tot pot arribar a ser malentesa com una malaltia.

Pensem que, entre d'altres, hi ha dos aspectes claus que marquen les condicions de l'envelliment en les societats desenvolupades del segle XXI.

Per una banda, la superficialitat de la visió que la nostra societat de consum ofereix de la vida i de la persona, que ens porta a identificar la salut com a sinònim de benestar físic associat a la joventut, a la força, a la bellesa i a la manca de problemes. Aquesta perspectiva se sustenta en la recerca exterior de satisfacció, tot obviant la importància de la riquesa del nostre món interior. La visió materialista i hedonista predominant està patrocinada i garantida pels guanys de qui promou el consum i, al mateix temps, ens allunya de nosaltres mateixos i ens perpetua en la immaduresa pel desconeixement de la pròpia realitat.

Un altre aspecte que marca la nostra cultura és la negació de la nostra vulnerabilitat, que en tot cas, només acceptem com un fet transitori o associat al final de la nostra biografia. La no acceptació de la pròpia vulnerabilitat ens condueix a una visió esbiaixada de la realitat, una baixa tolerància a la pèrdua i al sofriment i a una progressiva medicalització de la vellesa, que, fins i tot, pot arribar a ser percebuda com una malaltia guarible.

Una comprensió més autèntica de la vida ens permet reconèixer que la salut va més enllà del simple benestar físic i que inclou a més, l'equilibri emocional, cognitiu i ètic que porten al benestar espiritual, o a la felicitat genuïna: el que els grecs denominaven *eudaimonia*. Al mateix temps, l'acceptació de la nostra fragilitat ens situa en millors condicions per afrontar la realitat, que sempre acaba per imposar-se.

Des d'una perspectiva d'integració d'aquests dos aspectes, la valoració del benestar interior i el reconeixement de la nostra vulnerabilitat, el procés d'envellir pot suposar, tot i les pèrdues de vitalitat pròpies, un grau de salut superior a l'assolit en les etapes precedents.

## 2. Vulnerabilitat, fragilitat i mort com a components essencials de la nostra naturalesa

La temporalitat i la mort són part de la nostra condició humana, encara que la seva negació, des de la visió materialista abans comentada, dificulta l'adaptació al procés d'emmalaltir i especialment al de morir, etapa per la qual tots hem de passar en un determinat moment de la nostra vida i per a la qual rebem poca preparació.

La cultura moderna, secularitzada i reactiva a les ensenyances pròpies de les religions i generalment enfocada a l'oblit de les tradicions de saviesa, evita el tema de la mort, de tal manera que a diferència dels segles passats i d'altres cultures, avui el món occidental considera la mort com un tabú social. Si abans el sexe era un tabú cultural, avui la mort ha ocupat el seu lloc.

En el procés d'envellir no es pot eludir la mort, ja que aquesta és una condició inherent a l'ésser humà, que es comença a acceptar i afrontar amb més claredat amb la pròpia vivència de l'envelliment. Saber incloure la mort, amb pau i sentit a l'horitzó en arribar a una certa edat, és saber envellir amb dignitat i saviesa.

La superficialitat de la cultura que vivim i la negació de la mort com a fet antropològic indefugible constitueixen obstacles per poder-la integrar d'una forma sana i per viure amb plenitud el temps del qual disposem. Si ens hi aproximem sense familiaritat, les nostres actituds són les pròpies de la immaduresa: por, negació, rebuig, resistència i, en definitiva, patiment. Un patiment innecessari, si prèviament des de la maduresa, s'ha acceptat la realitat. Com ja deia Montaigne: «qui ha après a morir ha després a ser esclau».

Així doncs, la malaltia és el paradigma de la vulnerabilitat i el patiment és sovint la cara amarga de l'experiència. Ambdues, la malaltia i el patiment són realitats que poden sorgir en qualsevol moment de la vida, si bé generalment són transitòries. És quan la persona envella i s'intueix la proximitat de la mort, quan es pren consciència de la pròpia vulnerabilitat i segons el grau de maduresa assolida, es viu amb patiment o amb acceptació.

Des d'una perspectiva humanista, el procés d'emmalaltir i morir ha de preveure la seva profunda significació antropològica, tant per al que mor com per als que l'acompanyen, la qual cosa fa ineludible el reconeixement de dos aspectes complementaris al clàssic principi d'autonomia: la dignitat i la nostra vulnerabilitat.

El respecte a l'autonomia fa necessari incloure-hi la dignitat com a valor intrínsec, absolut i no gradual; al contrari que l'autonomia, que sempre depèn de la vulnerabilitat, la dependència i la fragilitat (Román, 2011). És a dir, el malalt pot perdre la seva autonomia funcional i, fins i tot, moral, però no ha de perdre mai la seva dignitat.

Si al mateix temps reconeixem que cada un de nosaltres, digne i vulnerable, som part d'una comunitat i aquesta pertinença és solidària, podem garantir una millor cura de la vellesa i de la mort. Així, la nostra fragilitat, atesa amb solidaritat pels nostres i des del reconeixement de la nostra dignitat, pot garantir una atenció humanitzada.

### **3. Vulneració de l'autonomia de la persona gran com a agressió a la seva dignitat**

Arribats a aquest punt, no podem obviar que la dotació dels sistemes de salut amb sofisticats avenços tecnològics permet el manteniment de tractaments de vegades fútils i perjudicials per a les persones en situacions de malaltia avançada, crònica i incurable. En general, avui

en dia, morim més tard i molt sovint després d'un procés crònic, atès en un entorn sanitari d'elevada complexitat tecnològica i enfocat més en la malaltia que en la persona.

En el model actual d'atenció, la ubicació de la persona en un centre no sempre garanteix tot el procés assistencial i el respecte a la seva dignitat. Sovint ens trobem amb professionals molt ben formats tècnicament, però amb un marcat desconeixement d'aspectes bioètics i de comunicació, i amb escassa capacitat d'integració del pacient i la família en la presa de decisions, especialment les que poden afectar el curs i el pronòstic de la seva malaltia.

Tot i que el nostre sistema sanitari ha assolit un excel·lent nivell de control i tractament de les malalties, el procés de morir no és una malaltia, sinó una part important del procés de viure, al qual habitualment s'arriba després d'una malaltia crònica, progressiva, incurable, temporalment controlable, que es va fent irreversible.

És en aquest moment quan és necessari un canvi d'objectius. Quan les possibilitats de curació no existeixen comença un període en el qual és raonable deixar de centrar-se en la malaltia per atendre els aspectes simptomàtics, emocionals, socials i espirituals. Es tracta de tenir cura de la persona i acompanyar-la, a ella, els seus familiars i el seu entorn, i d'adaptar l'esforç terapèutic als objectius del confort i la qualitat de vida del pacient.

La darrera fase del procés, sovint intuïda pel mateix malalt, es caracteritza per la fragilitat i la dependència funcional, que no necessàriament suposa pèrdua de capacitat o competència, per la qual cosa la persona ha de ser protagonista del procés, centre i subjecte actiu de l'atenció.

La persona, protagonista del seu propi procés, ha de poder participar en la presa de decisions i, per això, té dret a ser conscient de la seva situació vital i del seu pronòstic. La comunicació honesta des de la confiança que s'estableix en la relació terapèutica d'ajuda és el fonament per poder prendre decisions adients.

No obstant això, en l'atenció diària als pacients que sofreixen una malaltia en fase avançada, és freqüent trobar-nos amb el que es denomina el pacte de silenci. Una estratègia instaurada en el subconscient col·lectiu, amb la qual es persegueix la fal·làcia de protegir la persona del sofriment que li pot suposar conèixer la seva situació (Cejudo et al., 2015), tot ignorant que totes les persones que s'aproximen al procés de morir ho intueixen, de manera que se'ls priva de la possibilitat de prendre decisions lliures, autònomes i personals, no condicionades per una visió irreal i aliena de la situació i de satisfer les necessitats espirituals que apareixen davant la mort.

Tal com reflecteix l'article 5 de la Llei d'autonomia del pacient (Llei 41/2002) en els seus punts 1 i 2, el titular del dret a la informació és el pacient i aquest ha de ser informat,

fins i tot en cas d'incapacitat, de la forma més adequada en funció de les seves possibilitats de comprensió. Aquest dret és extensible a les persones que hi estan vinculades, en la mesura que el pacient ho permeti de forma expressa o tàcita.

Queda clar, per tant, que només una informació adequada permet a la persona una presa de decisions autònoma. No obstant això, aquest aspecte, àmpliament arrelat en les famílies i persones properes, és inconscientment reforçat pels professionals sanitaris que, encara que són conscients del dret de la persona a tenir tota la informació sobre el seu procés de salut, en moltes ocasions pensen que, si són informades, podria augmentar la seva desesperança (Hancock et al., 2007).

Aquesta habitual vulneració del principi d'autonomia que té lloc quan el professional o el familiar impedeixen el procés de presa de decisions informades de la persona gran, i que, en tot cas, decideixen per ella, és clarament una forma de discriminació per edat, coneguda en la literatura anglesa com *ageism*, i que Ribera (2015) inclou al catàleg d'indignitats potencials amb les quals el conjunt de la societat castiga les persones d'edat avançada.

#### 4. Les cures pal·liatives com a model d'atenció humanitzat i respectuós amb la dignitat

Un dels avanços més importants en els darrers anys en la bioètica és el desenvolupament del model d'atenció de cures pal·liatives, fonamentat en la comprensió de les persones, els pacients i les seves famílies, des d'una perspectiva integral i humanista, i que atengui les seves necessitats biològiques, emocionals, socials i espirituals, a la vegada que faciliti la màxima adaptació al procés que precedeix la mort.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix les cures pal·liatives: «L'enfocament que millora la qualitat de vida de pacients i famílies que s'enfronten als problemes associats a malalties amenaçants per a la vida, mitjançant la prevenció i l'alleujament del patiment, a través de la identificació precoç i la impecable avaluació i el tractament del dolor i d'altres problemes, físics, psicològics i espirituals» (Sepulveda et al., 2002).

L'European Association for Palliative Care (EAPC) inclou en les seves recomanacions, els principis que han de regir el model d'atenció i que són els següents (Radbruch et al., 2010):

- El reconeixement de la dignitat del pacient com a font de respecte, sensibilitat i cura.
- El respecte a l'autonomia del pacient.
- L'establiment d'una relació entre els professionals i el pacient/família honesta i deliberativa.

- Objectiu d'aconseguir la màxima qualitat de vida i del procés de mort.
- Reconeixement de la mort com a procés natural que proporciona l'oportunitat de creixement personal i d'autorealització.
- L'equip interdisciplinari i multiprofessional com a eina terapèutica.

Tot i que en la 67<sup>a</sup> Assemblea Mundial de l'OMS (67<sup>a</sup> World Health Assembly, 2014) celebrada el mes de maig de 2014 es reconegueren les virtuts i l'eficiència d'aquest model i la necessitat de reforçar la seva implementació en tots els serveis de salut, la nostra realitat ens diu que, a pesar de presentar un creixement exponencial en els darrers anys, el grau de cobertura no és total i beneficia sols una minoria.

El 2007, el Ministeri de Sanitat publicà l'Estratègia Nacional de Cures Pal·liatives i, el 2009, la Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears, l'Estratègia de Cures Pal·liatives de les Illes Balears. Des d'aquest moment, s'han dut a terme diverses accions de formació i divulgació encaminades a la millora de l'atenció pal·liativa que reben els ciutadans (Sansó, et al., 2013).

Específicament, a la nostra Comunitat i davant la variabilitat de l'organització de l'atenció pal·liativa, la inequitat en l'accés i la falta d'informació ciutadana sobre el dret a aquest tipus d'atenció, s'està desenvolupant un programa específic de cures pal·liatives que aspira a garantir que qualsevol persona amb necessitats d'atenció d'aquest tipus i també la seva família han de rebre les cures específiques, independentment del nivell assistencial en el qual es trobin, fins i tot si roman al seu propi domicili o resideix en un centre geriàtric (Sansó et al., 2013).

El programa es fonamenta en els principis definits anteriorment i cerca oferir una atenció personalitzada, professional i humanitzada, basada en la millor evidència científica disponible en combinació amb l'actitud compassiva. És imprescindible que aquesta atenció sigui accessible i equitativa, que s'eliminin barreres d'accés per causes geogràfiques, culturals o ètniques, i que garanteixi l'atenció de qualitat, independentment del lloc de residència o de l'equip d'atenció.

Aquest model d'atenció posa en valor la persona i estableix un marc d'actuació fonamentat en l'honestetat de la informació i en l'autonomia en la presa de decisions sobre les diferents opcions terapèutiques i en el respecte a la seva intimitat i confidencialitat i als seus valors i creences, en general tots ells valors que garanteixen el respecte a la seva dignitat.

Així, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) publica (2014) a la seva guia com a base de la terapèutica «la promoció de l'autonomia i la dignitat del pacient han de



regir en les decisions terapèutiques. Aquest principi sols serà possible si s'elaboren amb els pacients els objectius terapèutics».

Tot aquest marc conceptual, clarament orientat a preservar l'autonomia de la persona en la presa de decisions, però amb un caràcter marcadament inclusiu per a la família i les persones afins, es desplega mitjançant un sistema complex, però molt organitzat, en el qual intervenen un gran nombre de professionals.

Perquè aquest sistema funcioni i aconsegueixi l'objectiu que persegueix, la formació i el compromís de les persones que hi treballen són punts estratègics, així com també la impregnació conceptual dels nivells d'assistència que es troben més a prop del ciutadà, això és, l'atenció primària.

Si un dels objectius del plantejament pal·liatiu és, en la mesura del possible, evitar el desarrelament de la persona que es troba en situació de vulnerabilitat, està clar que cal organitzar el sistema perquè s'adapti a les persones i no a l'inrevés. Per a una persona gran, la seva biografia s'arrela i cobra sentit al seu domicili, al seu barri i amb les persones del seu entorn habitual, precisament perquè, com ja s'ha apuntat, la societat tendeix a la segregació de les persones ancianes, així que aquest entorn funciona com un teixit en què se sent segur. Podem dir que la seva residència constitueix un recurs espacial determinant en la construcció i el manteniment de la seva identitat i que separar la persona d'aquest recurs contribueix a augmentar-ne la fragilitat i el sentiment de vulnerabilitat.

L'atenció primària és el nivell assistencial més proper a les persones i per tant haurà d'estar especialment format i sensibilitzat respecte d'aquests valors. Amb aquesta premissa, des del centre coordinador del programa de cures pal·liatives, s'ha desplegat una estratègia d'identificació de professionals en cada centre de salut, referents en el plantejament pal·liatiu. Aquests professionals tenen la formació i el marc de coneixements adequat per difondre la cultura pal·liativa entre els seus companys de dues maneres: d'una banda, facilitant un aprenentatge vicari, que permeti a la resta aprendre a partir de l'observació de «com es fan les coses en pal·liatius» i, per una altra, exercint de docents mitjançant activitats formatives estandarditzades per a tots els centres, tutelades i recolzades pel centre coordinador.

Per tot això, pensem que el model d'atenció integral que ofereixen les cures pal·liatives ens proporciona l'oportunitat d'humanització de l'atenció de les situacions de malaltia crònica que sovint afecten les darreres etapes de la vida. Com a fortaleces per garantir-ne la difusió, comptem amb professionals als àmbits social i de la salut sensibilitzats en aquest model d'atenció i interessats a ampliar la seva formació, i amb un programa específic de cures pal·liatives a la nostra Comunitat, que constitueix una proposta estructurada per donar resposta a les necessitats de les persones en un dels moments de més fragilitat, dependència i vulnerabilitat: el procés de morir.

Ens manca molt per fer, especialment hem de seguir treballant en la sensibilització i el coneixement de la ciutadania sobre el dret a rebre una atenció pal·liativa, a fi de contribuir a augmentar la seva confiança en aquest model d'atenció de la malaltia crònica, avançada i inguarible, i afavorir, així, la socialització del model de les cures pal·liatives.

Els professionals que portem anys compartint els darrers dies amb pacients terminals i les seves famílies estem convençuts que la difusió del model que ens és propi i que compartim amb geriatria pot ajudar molt a desdramatitzar el fet natural de la mort, facilitar que recuperi el seu caràcter de procés natural i ajudar a desmuntar el tabú que compartim. Aquesta por irracional a quelcom que és l'única certesa que tenim tots d'ençà que naixem ens bloqueja la possibilitat d'acostar-nos al procés de morir de la manera més adequada, és a dir: sense mal, sense por, amb un suport professional expert i l'acompanyament de les persones estimades, tot això, si pot ser, amb lucidesa i confiança.

Sembla difícil, però és convenient, ja que morir bé és de vital importància i, a més a més, és un bon indicador que s'ha viscut bé. I sembla que a això ens hi apuntem tots.

## Referències bibliogràfiques

Cejudo, A., López, B., Duarte, M. et al. (2015). El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica*, 25(3), 124-132.

Hancock, K., Clayton, J., Parker, S. et al. (2007). Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine*, 21, 507-17.

Llei 41/2002 d'autonomia del pacient. BOE-A-2002-22188. <[https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2002/12/02/pdfs/A03057-03062.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2002/12/02/pdfs/A03057-03062.pdf)>.

Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., de Vlieger, T., Firth, P. i de Conno, F. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part 2 – recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 17, 22-33.

Ribera, J. M. (2015). Dignidad de la persona mayor. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50(4), 195-199.

Roman, B. (2011). Sobre el respeto a la autonomía del paciente: la dignidad en juego. Bilbeny, N. (ed.). *Bioética sujeto y cultura*. Barcelona: Horsori, 105-121.

Sansó, N., Castaño, E., Arbona, B., Serra, S., Llobera, J. i Benito, E. (2013). Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares. *Medicina Balear*, 28(3), 49-55.

Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. i Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24, 91-96.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2014). *Guía de Cuidados Paliativos SECPAL*. <http://www.secpal.com/!%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>.

World Health Organization (2014). Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. *67ª Asamblea Mundial de la Salud*.

## Autors

### ENRIC BENITO OLIVER

Palma, 1949. Metge, doctor en medicina, especialista en oncologia, màster en cures pal·liatives (CP). Oncòleg clínic a l'Hospital General de Mallorca. Coordinador de la Unitat de CP de Son Dureta (Hospital Verge de la Salut) i de la UCP de l'Hospital Joan March fins a 2010. Responsable autonòmic de l'Estratègia de CP de les Illes Balears i coordinador del Programa de CP de les Illes Balears.

### SOLEDAD GALLARDO BONET

Palma, 1967. Infermera, llicenciada en antropologia, postgrau en gestió i en societat de la informació. Ha desenvolupat bona part de la seva feina en l'àmbit sociosanitari com a directiva en diferents etapes als hospitals General i Joan March i com a membre de l'equip del Centre Coordinador de Cures Pal·liatives de Balears. Actualment fa feina com a Gerent a l'Hospital d'Inca

### ESTEFANIA SERRATUSELL SABATER

Palma, 1978. Infermera i especialista en geriatria. Màster en nutrició humana i qualitat dels aliments. Especialista en direcció de serveis clínics i assistencials i en plans d'igualtat i conciliació. Ha treballat en l'àmbit sociosanitari i actualment desenvolupa la seva feina al Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears.



# ENVELLIMENT I VIRUS DE LA IMMUNODEFICIÈNCIA HUMANA

---

## **Envelliment i virus de la immunodeficiència humana**

M. Judith Alfaro Fajardo  
Javier Murillas Angoiti

---

## Resum

La millora de l'estat de salut produïda per l'ús del tractament antiretroviral d'alta eficàcia ha augmentat les ràtios de supervivència en pacients amb virus de la immunodeficiència humana (VIH). Aquest augment de la supervivència ha conduït a un increment de la població gran. Actualment al nostre hospital hi ha tres-cents cinquanta-nou pacients més grans de cinquanta-cinc anys. L'envelliment de la població dona lloc, intrínsecament, a l'augment de la incidència de malalties relacionades amb l'edat, com malalties cardiovasculars o alguns tipus de càncer. Aquest augment de malalties relacionades amb l'envelliment apareixen a edats més precoces, a causa de la inflamació crònica i l'activació immune crònica produïda pel VIH que provoca l'envelliment cel·lular prematur, anomenat immunosenescència. El VIH afecta directament el sistema immune mitjançant la depleció de limfòcits CD4 i la mala funció dels limfòcits CD8, que produeixen mediadors proinflamatoris, la qual cosa causa dany tissular. Aquest dany tissular provoca degeneració d'òrgans i de sistemes i precipita l'aparició de malalties que, d'una altra manera, tindrien una aparició més tardana. Hem de prestar especial atenció a les característiques particulars d'aquesta població d'edat avançada amb VIH per establir programes de prevenció i detecció primerenca i poder, així, actuar en conseqüència.

## Resumen

La mejora del estado de salud producida por el uso del tratamiento antirretroviral de alta eficacia ha incrementado las ratios de supervivencia en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este aumento de la supervivencia ha conducido a un aumento de la población mayor. Actualmente en nuestro hospital, trescientos cincuenta y nueve pacientes son mayores de cincuenta y cinco años. El envejecimiento de la población da lugar, intrínsecamente, al aumento de la incidencia de enfermedades relacionadas con la edad, como enfermedades cardiovasculares o algunos tipos de cáncer. Este aumento de enfermedades relacionadas con el envejecimiento aparecen, además, a edades más precoces, debido a la inflamación crónica y la activación inmune crónica producida por el VIH que da lugar al envejecimiento celular prematuro, llamado immunosenescencia. El VIH afecta directamente al sistema inmune por la depleción de los linfocitos CD4 y la mala función de los linfocitos CD8, que producen mediadores pro inflamatorios, lo cual provoca daño tisular. Este daño tisular causa degeneración de órganos y de sistemas y precipita la aparición de enfermedades que, de otra forma, aparecerían más tardíamente. Debemos prestar especial atención a las características particulares de esta población de edad avanzada con VIH para establecer programas de prevención y detección temprana y poder, así, actuar en consecuencia.

---



## 1. Introducció

### 1.1. Importància de l'envelliment en el VIH

Amb la introducció del tractament antiretroviral, el 1996, va canviar radicalment el curs de la malaltia causada pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) i es va reduir dràsticament la mortalitat. Es varen disminuir els episodis oportunistes i avui en dia es pot aconseguir arribar a l'esperança de vida de la població general.

Amb l'envelliment d'aquesta població s'han posat de manifest malalties relacionades amb l'edat que abans no es donaven en els pacients amb VIH per mor de la seva mort prematura.

A l'Hospital Son Espases hi ha actualment tres-cents cinquanta-nou pacients més grans de cinquanta-cinc anys en seguiment per VIH.

És important prendre consciència de la peculiaritat d'aquest grup de pacients per introduir canvis en el maneig d'aquestes malalties associades a l'envelliment.

### 1.2. Història del VIH

El VIH és l'agent etiològic causal de la síndrome d'immunodeficiència adquirida. La sida es descriu per primera vegada el 1981 en homes joves homosexuals. L'estudi d'aquests pacients va posar al descobert un agent infecció transmissible per la sang, per productes sanguinis, contacte sexual, ús de drogues per via parenteral i verticalment de mares a fills.

El 1983, a l'Institut Pasteur de París es va aïllar el retrovirus per l'anàlisi d'un gangli limfàtic infectat en un pacient amb limfadenopaties.

Actualment s'anomena VIH-1 als virus que circulen per Àsia, Europa, Oceania, Amèrica i algunes regions de l'Àfrica i VIH-2 al subtipus de virus que afecta a l'Àfrica central i occidental encara que no es el predominant.

### 1.3. Estructura del VIH

El VIH és un retrovirus de la família dels lentivirus. La seva principal característica és infectar de manera crònica gran quantitat de mamífers.

El virió del virus és esfèric i fa 80-120 nanòmetres de diàmetre. Està compost de dues còpies d'ARN de cadena positiva única. Les cadenes d'ARN es troben associades a proteïnes necessàries per al desenvolupament del virus: transcriptasa inversa, proteasa, nucleasa i integrasa.

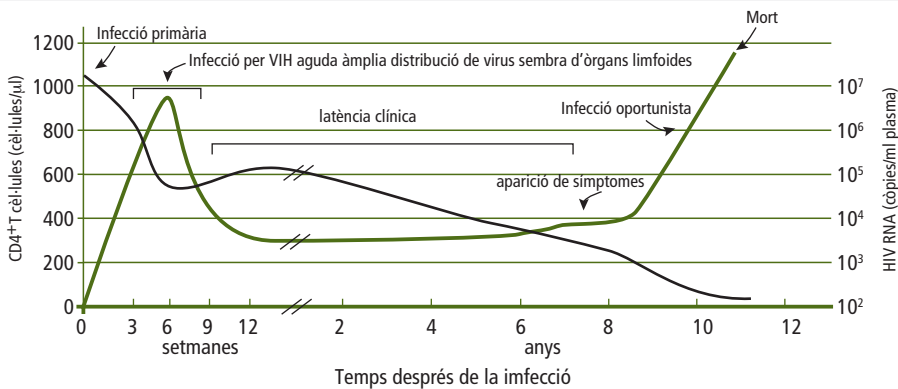
## 1.4. Història natural de la infecció per VIH

Es podria considerar la infecció del VIH com la història de dues malalties.

La primera o infecció aguda, en què predomina l'acció citolítica directa del virus, que condiona una depleció molt ràpida i massiva de cèl·lules CD4 memòria i efectores de les mucoses. Aquesta primoinfecció pot ser asimptomàtica o simptomàtica, fins al 70% dels casos, imitant una síndrome gripal. Als 4-5 dies de la infecció, la producció viral augmenta i es produeix disseminació cap a tots els òrgans limfàtics.

La malaltia crònica és simptomàtica en el 100% dels casos. L'activació crònica dels limfòcits CD4 es relaciona amb la seva depleció. L'activació constant del sistema immune no és eficaç per un trastorn amb la diferenciació final dels limfòcits CD8 específics del VIH, que no tenen la capacitat citolítica requerida per controlar el virus. En aquesta fase es produeix aquesta activació permanent que és incapaç d'eradicar la infecció i origina envelliment del sistema immune.

**Gràfic 1 | Història natural del VIH**



## 2. Envel·liment i VIH

### 2.1. Epidemiologia

En primer lloc, cal aclarir que, en els pacients amb VIH, es defineix com edat avançada els cinquanta-cinc anys.

Aquesta població té unes característiques que la fan diferent, com el retard en el diagnòstic per baixa sospita, diferències en la resposta immunomodulada per l'edat, variables farmacocinètiques i menor evidència clínica.

En aquest pacients més grans de 55 anys, l'epidemiologia és diferent. S'observa un menor ús de drogues per via parenteral, major incidència d'homosexuals i la via de contagi majoritària és l'heterosexual. A més a més, s'ha observat que dones més grans de 55 anys utilitzen menys freqüentment el preservatiu, per la qual cosa la infecció és més probable.

Dels 359 pacients més grans de 55 anys i dels quals fem el seguiment a Son Espases, 286 (79,6%) són homes. Com en altres estudis, la via de contagi més prevalent va ser l'heterosexual (40,3 %), després l'homosexual (30,6%) i, per últim, l'abús de drogues per via parenteral (19,4%). És destacable que gairebé en el 9% el mecanisme de transmissió era desconegut.

El 27,85% es va diagnosticar per un esdeveniment de categoria C i el 46,79% per una xifra de limfòcits CD4 menor de 200 cèl/microl. Durant el seguiment, el 93% dels pacients es troben amb virèmia indetectable i la mitjana dels CD4 és de 618 cèl/microl.

Com hem dit abans en aquesta població són freqüents les comorbiditats no relacionades amb VIH: dislipèmia en el 25%, hipertensió en el 25%, diabetis mellitus en l'11%, cardiopatia isquèmica en l'11%, malaltia vascular cerebral o perifèrica en el 6% i neoplàsies no sida en el 6%.

S'ha vist que hi ha un augment de la taxa de mortalitat i els que reben tractament antiretroviral tenen pitjor supervivència, en comparació amb els joves, independentment de l'estat de la malaltia. Aquesta pitjor supervivència s'ha atribuït a la pitjor recuperació immune, la denominada immunosenescència.

## 2.2. Immunosenescència

### 2.2.1. Concepte

La Immunosenescència és una disfunció progressiva multifactorial de la immunitat innata i adquirida que compromet la resposta immune a la infecció. Amb l'envelliment, el compartiment hematopoètic disminueix i els macròfags de la medul·la òssia segreguen interleucina-7 involucrada en el desenvolupament dels limfòcits.

Les cèl·lules pateixen senescència amb escurçament dels telòmers (que es localitzen al final dels cromosomes) i en limiten la capacitat de proliferació, induint, així, resposta inflamatòria. Aquest escurçament dels telòmers s'ha implicat en l'aparició de malalties associades a l'edat i causa disfunció en la reparació tissular.

Hi ha una forta associació entre l'escurçament dels telòmers i les malalties de l'envelliment, inclosos factors cardiovasculars i la demència.

### 2.2.2. Impacte del VIH en el sistema immune

Quan una persona més gran de 50 anys s'infecta, la depleció de limfòcits CD4 és més pronunciada comparada amb els joves.

Els limfòcits B disminueixen amb l'edat i també hi ha disfunció qualitativa, amb disminució dels anticossos i augment del nombre d'infeccions. A les setmanes d'infecció hi ha depleció massiva de cèl·lules T i limfòcits associats a mucoses, aquest estat proinflamatori està implicat en el desenvolupament de malalties cardiovasculars i desordres neurodegeneratius.

L'envelliment promou un estat proinflamatori amb elevació de la proteïna C reactiva (PCR), interleucina 6 (IL-6) i factor de necrosi tumoral (FNT)-alfa. Els marcadors plasmàtics de translocació bacteriana, com lipopolisacàrids (LPS), els mantenen elevats i es correlacionen amb un descens de l'activació immune i l'expressió de tromboplastina procoagulant.

L'índex VASC és una escala que prediu la mortalitat en pacients amb VIH. En aquesta escala es recullen diferents variables, com el marcador d'inflamació (IL-6, dímer D, CD14 soluble), i, a més a més, incorpora l'edat. L'augment d'aquests marcadors d'inflamació es correlaciona amb una disminució del nombre de limfòcits CD4, un augment del nivell d'ARN, l'agressió tissular als òrgans i la mortalitat.

## 3. Afectació d'òrgans i sistemes

Malauradament, el guany en longevitat dels pacients VIH gràcies al tractament d'alta eficàcia s'ha vist acompanyat d'un creixement del nombre de malalties relacionades amb l'edat, atribuïbles a l'envelliment natural i també per l'acceleració del mecanisme de senescència produït pel VIH.

### 3.1. Afectació cardiovascular

#### 3.1.1. Cardiopatia isquèmica

Les hospitalitzacions per cardiopatia coronària són més elevades en pacients amb VIH que en la població general. Aquests pacients presenten un risc superior de desenvolupar cardiopatia isquèmica, en part per la major exposició a factors de risc clàssics (hiperlipèmia, diabetis, tabaquisme...) i, per altra banda, per la inflamació i l'activació immune crònica.

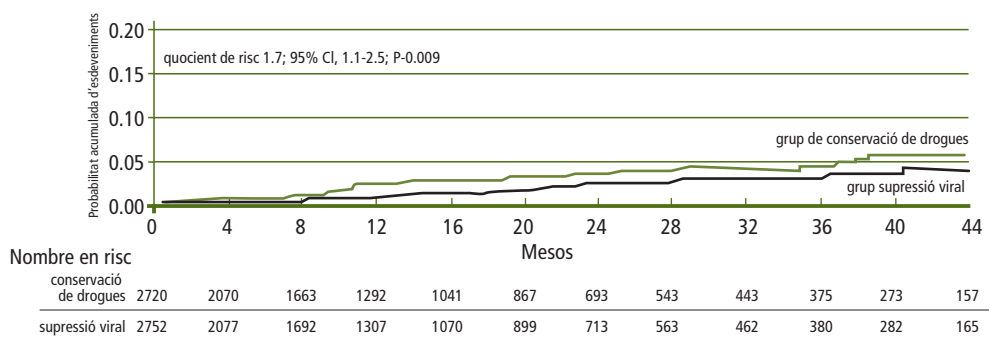
L'estudi SMART va mostrar que el tractament continu protegeix els pacients de la malaltia cardiovascular enfront del tractament guiat pel nombre de limfòcits CD4.

Els mecanismes proposats per explicar aquestes dades són:

- El VIH és capaç d'infectar la paret arterial, produint, així, disfunció endotelial que causa la placa d'ateroma.
- El VIH inhibeix el flux compensador de l'excés de colesterol dels macròfags, tot afavorint l'aparició de cèl·lules espumoses.
- La inflamació sota la paret arterial activaria diverses vies inflammatòries.
- El VIH té efecte directe sobre els lípids.

## Gràfic 2 | Mortalitat estudi SMART

Major cardiovascular, renal o malaltia hepàtica



### 3.1.2. Insuficiència cardíaca

S'ha observat un augment de la prevalença de la disfunció sistòlica o diastòlica en pacients amb VIH (6-21%), així com un augment de la mortalitat per aquesta causa (50% als cinc anys del diagnòstic). En l'era posttractament antiretroviral d'alta eficàcia, aquestes dades han millorat. No hi ha maneig específic d'aquest grup de pacients més enllà del de la insuficiència cardíaca.

Per millorar el pronòstic de la malaltia cardiovascular hem de millorar els factors de risc.

Especial atenció a la dislipèmia. Hem d'intentar reduir l'impacte de la dieta aterogènica, deixar de fumar i realitzar exercici. També s'ha observat que els inhibidors de la proteasa tenen un pitjor perfil lipídic i seria recomanable substituir-lo per altres antiretrovirals amb millor perfil lipídic. Com a últim recurs, si no ha millorat el perfil lipídic després de canviar l'estil de vida i introduir un antiretroviral menys lipídic, haurem d'introduir fàrmacs, i les estatines serien els fàrmacs d'elecció.

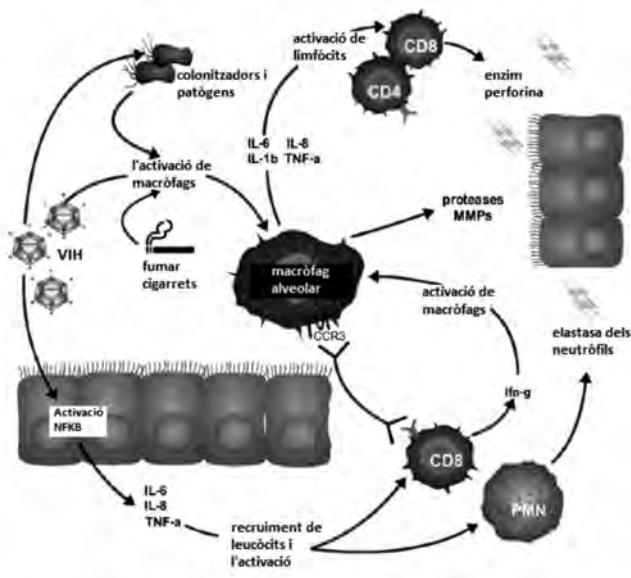
La diabetis és un altre factor de risc clàssic que hem de vigilar. És una malaltia que es relaciona més freqüentment en pacients amb VIH que en la població general i l'hem de vigilar, perquè els inhibidors de la proteasa generen resistència insulínica i poden

precipitar el desenvolupament de la malaltia. Com a primera mesura, hem de modificar els estils de vida i la dieta i després, si és necessària una teràpia farmacològica, seran de primera elecció els antidiabètics orals.

### 3.2. Afectació pulmonar

El pulmó i la seva circulació són especialment sensibles a la inflamació crònica produïda pel VIH.

**Figura 1** | *Efecte de la inflamació crònica al pulmó*



Dues malalties pulmonars s'han vist relacionades amb el VIH.

#### 3.2.1. Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)

La MPOC és la quarta causa de mort en pacients amb VIH als Estats Units d'Amèrica. Típicament el MPOC es presenta en la sisena dècada de la vida, però en els pacients amb VIH es presenta més precoçment, en la quarta dècada de la vida.

Hi ha estudis que posen en relleu l'associació entre el VIH i la MPOC, i que observen una prevalença del 20-60% en pacients amb VIH (en la població general és del 7%). Encara que els pacients amb VIH tenen particularment una elevada exposició als factors de risc clàssics de risc pulmonar (més fumadors) també hi ha interacció amb altres factors que contribueixen a la malaltia pulmonar crònica.

L'agressió cel·lular causada per la inflamació crònica i la senescència accelerada de les cèl·lules epitelials poden respondre a aquesta incògnita.

Hi ha altres estudis que mesuren els nivells de citocines intracel·lulars de leucòcits i en cèl·lules obtingudes de rentats alveolars que mostren elevats nivells d'interferó-gamma i factor de necrosi tumoral-alfa en els limfòcits CD8 circulants.

L'elevada senescència dels limfòcits CD 4 circulants es correlacionen amb la disminució del volum d'inspiració màxima forçada. A més a més, s'ha observat que hi ha un escurçament dels telòmers en els pacients amb MPOC.

### 3.2.2. Hipertensió pulmonar (HTP)

La hipertensió pulmonar és més freqüent en pacients VIH que en la població general (0,02% davant del 0,5%).

No hi ha estudis específics d'HTP en pacients amb VIH, però sí hi ha models animals.

Els models animals evidencien l'associació entre el VIH i la HTP i la relacionen amb els factors de creixement que es manifesten més en el VIH, com són els factors de creixement plaquetari i endotelial.

En conclusió, la manifestació precoç de la malaltia pulmonar en pacients amb VIH s'explica, en part, per l'exposició augmentada als factors de risc, però, a més a més, aquesta associació mostra que la senescència cel·lular i l'activació de cèl·lules T hi estan implicades.

### 3.3. Afectació osteoarticular

Nombrosos factors de risc relacionats amb l'estil de vida dels pacients amb VIH i el tractament antiretroviral donen lloc a la pèrdua de densitat mineral òssia.

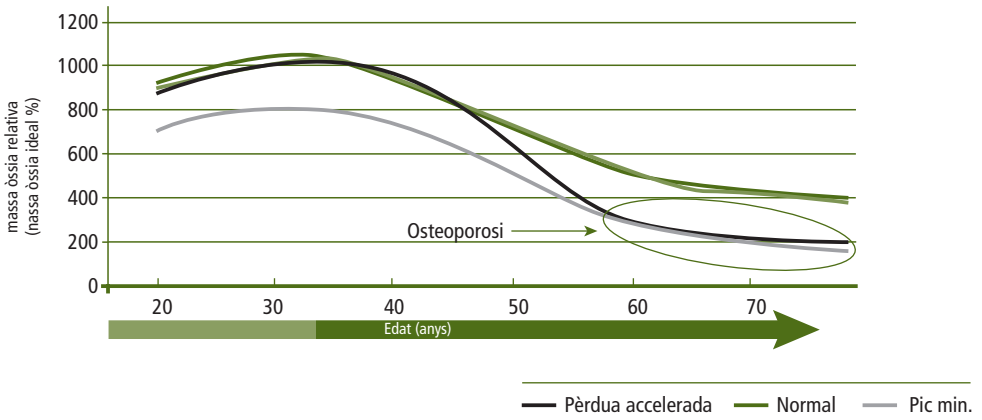
L'osteoporosi incrementa el risc de fractura. Les fractures òssies donen lloc a un increment monumental dels costos sanitaris. Les fractures vertebrals poden tenir serioses conseqüències, incloent-hi el dolor sever i la deformitat. Les fractures de maluc poden provocar dependència prolongada o permanent.

Dos de cada tres pacients amb VIH tenen osteopènia. Fa anys no quedava clar l'efecte directe del virus o els factors de risc que afecten en la forma de vida, com fumar o prendre alcohol, i amb els quals es justificava aquesta associació.

Els canvis observats en la degeneració de l'esquelet, inclosa la pèrdua de densitat mineral òssia de forma significativa, es tradueixen en la pèrdua de volum de l'os cortical i

trabecular, i la pèrdua d'arquitectura òssia, com a conseqüència de l'elevada resorció òssia pels osteoclasts.

**Gràfic 3 |** *Avaluació de l'osteoporosi amb l'edat*



Els últims anys s'ha fet evident l'associació entre el sistema immune i el sistema ossi.

Els limfòcits activats secreten citocines osteogèniques.

El tractament antiretroviral no ha disminuït aquest problema, al contrari l'augmentat. Després d'una dècada d'investigació no hi ha consens absolut respecte a l'efecte directe del tractament sobre l'os, ja que hi ha factors de confusió com el reajustament del metabolisme, l'acció directa de la malaltia...

S'ha discutit molt sobre l'ús d'inhibidors de la proteasa, ja que hi ha estudis que mostren major pèrdua de densitat mineral.

L'avaluació del pacient amb VIH que pateix pèrdua de densitat mineral ha de començar valorant els factors de risc i donant-li consells sobre l'estil de vida.

Hem de realitzar una densitometria a la població de risc. La densitometria mostrarà l'estat de densitat mineral òssia i, segons la causa, podrem instaurar el tractament.

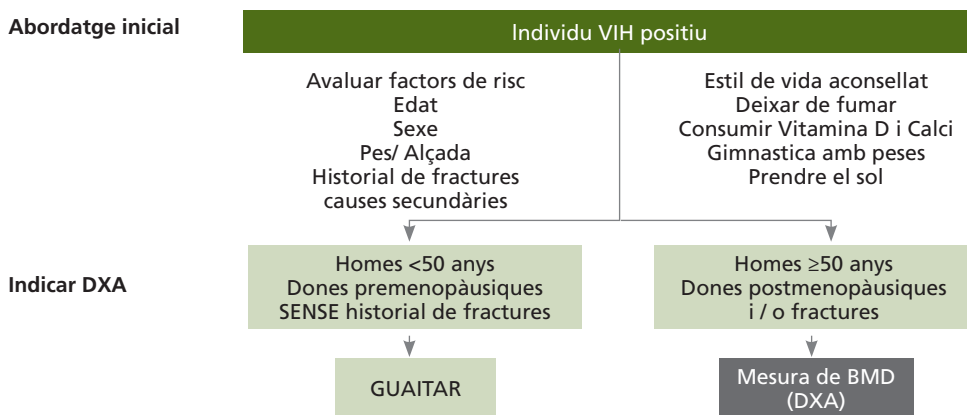
Hem de tractar els pacients que siguin de risc i pacients amb osteoporosi severa (T-score <4DS).

La població de risc per patir osteoporosi és: homes més grans de 50 anys, dones postmenopàusiques i que hagin tingut fractures patològiques.



Els bifosfonats són els fàrmacs d'elecció, ja que disminueixen fins al 70% els marcadors de reabsorció òssia i són compatibles amb el tractament antiretroviral. L'alendronat, bifosfonat oral, és el fàrmac d'elecció. Si hi ha intolerància a l'alendronat ens deixa el zolendronat com a única elecció, bifosfonat intravenós un cop a l'any.

**Figura 2 | Protocol d'avaluació**



### 3.4. Afectació renal

#### 3.4.1. Insuficiència renal

La malaltia renal no és inusual en el pacient amb VIH. Els tipus més freqüents són les nefropaties glomerulars, vasculars i tubulars.

La nefropatia VIH té com a factors de risc la raça negra, un baix nombre de limfòcits CD4 i càrrega viral elevada. Consisteix en una glomerulonefritis focal i segmentària; la principal expressió d'aquesta nefropatia és la proteinúria.

Els principals factors de risc són demogràfics, en els quals s'inclou l'edat i tenir altres malalties concomitants.

Per sobre de tot s'ha implicat l'ús de fàrmacs potencialment nefrotòxics com el tenofovir.

S'ha de prestar especial atenció a la funció renal del pacient gran a l'hora d'escollir el tractament adequat.

### 3.4.2. Nefrolitiasi

La nefrolitiasi s'ha relacionat amb alguns fàrmacs antiretrovirals, com els inhibidors de la proteasa. A més a més, s'hi han implicat altres factors com malabsorció, malnutrició, deshidratació i citotòxics.

Al diagnòstic s'arribarà mitjançant proves d'imatge, com l'ecografia i l'escàner.

### 3.5. Menopausa en la dona amb VIH

Amb l'envelliment de la població VIH hi ha un augment del nombre de dones grans amb VIH. A la simptomatologia i els problemes habituals de la menopausa s'han d'afegir els relacionats amb el virus i el tractament.

Les peculiaritats de la dona amb VIH són múltiples. L'edat d'aparició de la menopausa és precoç. S'hi han associat múltiples factors que prediuen l'aparició de la menopausa precoç, com la immunosupressió severa, l'abús de tabac, drogues i baix pes, menor nivell socioeconòmic, depressió, origen africà i raça negra.

La simptomatologia és més marcada. El risc de desenvolupar osteoporosi, alteracions neurocognitives i quadres depressius també és major.

A l'avaluació habitual de la dona menopàusica s'han d'afegir les citologies vaginals i anals que han de ser més freqüents (a l'inici, als sis mesos i després anualment).

El tractament és similar a les dones sense VIH.

### 3.6. Afectació psiquiàtrica

Els trastorns psiquiàtrics són molt freqüents en la població amb VIH. La prevalença de la infecció per VIH és major en la població amb alteracions mentals que en la població general. Uns altres trastorns psiquiàtrics són conseqüència directa del VIH. El virus envaeix el sistema nerviós central en fases primerenques de la infecció i afecta estructures subcorticals i del sistema límbic.

#### 3.6.1. Síndrome depressiva

La prevalença dels trastorns depressius en pacients amb VIH és més elevada que en la població general (20% en homes i 30-50% en dones). A més a més, són més freqüents els trastorns adaptatius.

La síndrome depressiva es caracteritza per la presència de tristors i dificultat per gaudir de les activitats plaents. Els pacients grans tenen una prevalença més elevada d'aquest tipus de malalties.

Hem de tenir cura amb el tractament antiretroviral, ja que hi ha fàrmacs, com l'efavirenz, que empitjoren els símptomes psiquiàtrics.

### 3.6.2. Síndrome maníaca

Aquesta malaltia es caracteritza per la presència d'un estat d'hiperactivació crònic juntament amb un augment de l'autoestima amb sobrevaloració de les capacitats.

La síndrome maníaca associada al VIH té major presència de disfunció neurocognitiva, més tendència a la irritabilitat i menor eufòria amb respecte a la població general, així com un pronòstic i desenvolupament més greu.

### 3.6.3. Insomni

Les alteracions del son en pacients amb VIH són molt freqüents. Hem de recordar que moltes vegades l'insomni és un símptoma d'altres trastorns, com l'ansietat. A més, els pacients grans pateixen insomni, que pot agreujar el quadre clínic.

És molt important, ja que altera la qualitat de vida i agreuja les comorbiditats físiques i psíquiques. També disminueix l'adherència al tractament, tan important en aquests pacients.

Així mateix, és molt important, quan apareix aquest símptoma, no posar o fins i tot retirar l'efavirenz, ja que empitjora greument la simptomatologia.

### 3.6.4. Síndrome psicòtica

Es caracteritza per un conjunt de símptomes que tenen en comú la pèrdua del judici de realitat, al·lucinacions, idees delirants i alteracions de la vivència del jo, que generen gran ansietat a l'individu.

---

#### Taula 1 | *Etiologia de la síndrome psicòtica*

---

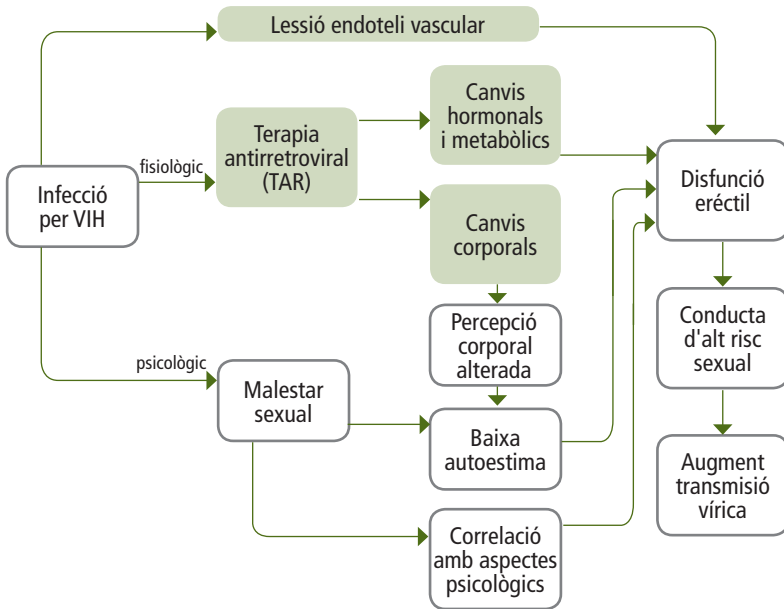
- Trastorns psiquiàtrics primaris (esquizofrènia, trastorn bipolar, trastorn esquizoafectiu i psicosi reactiva breu).
  - Abús de substàncies (cocaïna, ketamina, cànnabis, MDMA).
  - Psicosis relacionada amb la infecció (complex demència-sida, patologia focal de l'SNC (neoplàsia o infeccions oportunistes i estats de confusió en el context de patologia orgànica).
  - Psicosis iatrogènica per fàrmacs (isoniazida, rifampicina, etambutol, corticoides, interferó, nevirapina, efavirenz, didanosina i zidovudina)
-

### 3.6.5. Disfunció sexual

S'han descrit disfuncions sexuals tant en dones com en homes. La pèrdua del desig sexual pot tenir conseqüències greus en relació amb els sentiments d'autoavaluació i pot generar problemes emocionals com ansietat i depressió.

Gairebé el 50% dels homes amb VIH pateixen disfunció erèctil que sol ser més precoç que en la població general, es pot manifestar abans dels 50 anys.

**Figura 3** | *Mecanismes fisiopatològics de la disfunció erèctil*



### 3.7. Afectació neurològica. Deteriorament cognitiu

La cura òptima de la gent gran ha emergit com un aspecte molt important del maneig dels pacients amb VIH. La funció cognitiva d'aquests pacients és, moltes vegades, l'eix sobre el qual es basa la seva qualitat de vida.

Hi ha evidència científica que els pacients amb VIH tenen més probabilitats de desenvolupar deteriorament cognitiu. També hi ha evidència que el virus afecta directament l'SNC, però, a més a més, hi ha altres factors que no estan encara aclarits.

Moltes publicacions suggereixen que l'afectació neurològica del VIH és multifactorial i inclouen la inflamació crònica, els efectes del TAR, l'augment del nombre d'alteracions neurovasculars, els canvis metabòlics (diabetis i resistència insulínica) i la degeneració relacionada amb l'edat.

Hi ha tres nivells de trastorns neurocognitius, segons la gravetat, com s'expressa a la taula 2.

**Taula 2** | *Alteracions neurocognitives associades al VIH*

Entitat	Canvis cognitius	Canvis funcionals
Cognició normal	Normal	Normal
Deteriorament asimptomàtic	Empitjorament en 2 dominis cognitius	No impacte
Deteriorament moderat	Empitjorament en 2 dominis cognitius	Impacte en la vida diària de manera moderada
Deteriorament greu- demència-sida	Empitjorament en més de 2 dominis	Impacte marcat en la vida diària

El trastorn cognitiu menor té una prevalença del 14% en l'estadi inicial i del 24% en etapes finals. El complex demència-sida té una prevalença del 7-10%.

Aquest desordre es caracteritza per la disfunció cognitiva de predomini subcortical que afecta l'atenció, la memòria i la velocitat del procés cognitiu. Encara que posteriorment pot ocasionar disfunció cortical.

El diagnòstic de deteriorament cognitiu associat a la sida (en anglès HAND) es realitza mitjançant escales complexes en què s'avaluen aspectes diferents de la funció cognitiva.

Els factors de risc per desenvolupar deteriorament cognitiu són limfòcits CD4 baixos, nadir de limfòcits CD4 baix, càrrega viral elevada, replicació viral al líquid cefaloraquidi, edat i comorbiditat.

La relació entre els marcadors de severitat de la malaltia i les anormalitats en el sistema nerviós indiquen que la introducció precoç del tractament amb TAR és crítica per ajudar al control de la progressió del deteriorament cognitiu. A més a més, s'han de controlar els factors de risc clàssics.

### 3.8. Neoplàsies

Com a causa de la hiperactivació crònica del sistema immune i la inflamació hi ha hagut un augment dels casos de càncer no associats a la sida.

El càncer és una malaltia íntimament relacionada amb l'envelliment.

S'ha fet un estudi amb l'objectiu d'aclarir la incidència del càncer en aquesta població i es va descobrir que els càncers més prevalents eren, per aquest ordre, el de pulmó, el limfoma no Hodgkin i el càncer anal. La majoria dels casos varen ser homes i la mitjana d'edat va ser de 50 anys. Varen trobar associacions independents entre el nombre de limfòcits CD4 ( $< 50$  cèl·lules) i nadir de cèl·lules CD4  $< 100$  cèl·lules/mm<sup>3</sup>. A més a més, la càrrega viral elevada s'ha associat a un augment de la incidència del limfoma no Hodgkin.

A més, s'ha observat que aquests tipus de càncers apareixen en una edat més precoç que en la població general. També s'ha identificat que els pacients grans tenen una mortalitat més elevada.

En aquest estudi es mostra la importància del seguiment, mesures preventives i proves diagnòstiques.

Donat que la detecció i el tractament precoços podrien millorar les taxes de supervivència per càncer, és crucial implementar protocols de cribratge i programes de prevenció dirigits, sobretot, a pacients immunodeprimits o coinfectats amb virus (hepatitis, papil·loma) i factors de riscs conductuals.

#### 4. Tractament del VIH en l'envelliment

El tractament antiretroviral d'alta eficàcia ha demostrat gran efectivitat a l'hora de millorar tant la morbiditat com la mortalitat dels pacients amb VIH.

Hi ha un estudi prospectiu de cohorts amb l'objectiu de determinar si l'edat té efecte en la resposta al tractament. Aquest estudi va evidenciar que hi ha pitjor resposta al tractament en els pacients grans. Els factors que contribueixen a aquesta pitjor resposta són: el desgast del tim, la desnutrició i les infeccions.

Un altre factor pot ser la disminució de la producció *de novo* de limfòcits CD4, la qual cosa augmenta l'impacte de la persistent activació immune. L'EuroSida, tot estudiant la cohort de 1986, relaciona el nombre de limfòcits CD4 i l'edat i conclou que els pacients joves arriben a la xifra de dues-centes cèl·lules més aviat després de la instauració del tractament.

Altres estudis mostren respostes similars al tractament entre joves i grans, però al llarg del temps la resposta dels pacients grans és pitjor.

S'ha exclòs que aquests resultats siguin per falta d'adherència dels pacients més grans de 50 anys, ja que s'ha comprovat que compleixen millor el tractament.

Hem de tenir en compte que en aquesta població hi ha risc d'alteració de la funció renal i de la funció hepàtica i per això hi ha un elevat risc de toxicitat en aquest grup.

## 5. Conclusions

L'èxit del tractament antiretroviral ha suposat un augment significatiu de població gran amb VIH, la qual, per l'envelliment natural i la senescència produïda pel virus, desenvolupa malalties relacionades amb l'edat. Hem de conèixer aquestes peculiaritats, que la converteixen en població de risc. Hem de prendre consciència dels canvis que es produeixen per establir mesures específiques per optimitzar al màxim l'assistència als nostres pacients.

## Referències bibliogràfiques

Bakanda, C. et al. (2011). Association of aging and survival in a large HIV-infected cohort on antiretroviral therapy. *AIDS*, 25,701-705.

Balestre, E. et al. (2012). Effect of age on immunological response in the first year of antiretroviral therapy in HIV-1-infected adults in West Africa. *AIDS*, 15; 26(8), 951-957.

Bhatia, R., Ryscavage, P., Taiwo, B. (2011). Accelerated aging and human immunodeficiency virus infection: Emerging challenges ofgowing older in the era of successful antiretroviral therapy. *Journal of Neurovirology*, 18, 247-255.

Blanch, J., Diez, C., Fumaz, R. Trastornos psiquiátricos y aspectos psicológicos de los pacientes infectados por el VIH. *Guía práctica de SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*, 439-454.

Clark, U., Cohen, R. (2010). Brain dysfunction in the era of combination antiretroviral therapy: implications for the treatment of the aging population of HIV-infected individuals. *Curr Opin Investig Drugs*, 11(8), 884-900.

Fitzpatrick, M., Crothers, K., Morris, A. (2013). Future directions-Lung aging, inflammation and HIV. *Clinical Chest Medicine*, 34(2), 325-331.

Hernández, J. (2012). Elevada incidencia de cáncer no asociado a sida en personas con bajos recuentos de células CD4. CROI 2012 Seattle.

Jain Sabharwal, C. (2013). HIV and the older patient.

Justice, A. et al. (2011). Does an Index Composed of clinical data reflect effects of inflammation, coagulation and monocyte activation on mortality among those aging with HIV. *Clinical Infectious Diseases*, 54(7), 984-94.

Leeansyah, E. et al. (2012). Inhibition of Telomerase Activity by Human Immunodeficiency Virus (HIV) Nucleos(t)ide Reverse Transcriptase Inhibitors: a potential Factor Contributing to HIV- Associated Accelerated Aging. *The Journal of Infectious Diseases*, 207, 1157-65.

Martin, G. et al. (2013). Age-Associates Changes in Monocyte and Innate Immune activation Markers Occur More Radidly in HIV Infected Women. *PLoS ONE*, 8(1), e55279. <Doi:10.1371/journal.pone.0055279>.



Martínez, E. et al. (2013). Alteraciones metabólicas, enfermedad cardiovascular y lipodistrofia. *Guía práctica de SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*, 609-625.

Mejide, H. et al. (2010). Neoplasias en pacientes con infección por VIH. Estudio descriptivo de 129 casos en el período 1993-2010 <[scielo.cl/pdf/rci/v30n2/art06](http://scielo.cl/pdf/rci/v30n2/art06)>.

Muñoz-Moreno, J. A., Tiraboschi, J. M., Clotet, B. (2013). Trastornos neurocognitivos asociados a la infección por VIH. *Guía práctica de SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*, 429-438.

Nath, A. (2012). HIV and aging. *Journal of Neurovirology*, 18, 245-246.

Ofotokun, I., Weitzmann, M. (2010). HIV-1 infection and antiretroviral therapies: risk factors for osteoporosis and bone fracture. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, 17(6), 523-529.

Valcour, V. et al. (2010). Pathogenesis of HIV in the central nervous system. *AIDS*, 8, 54-61.

Weldelken, L. (2012). Impact of HIV and aging on neuropsychological function. *Journal of Neurovirology*, 18(4), 256-263.

## Autors

### M. JUDITH ALFARO FAJARDO

Albacete, 1985. Llicenciada en medicina i cirurgia per la Universitat de Castella-La Manxa (UCLM) (2009). Especialista en medicina interna (2015). Durant la residència ha estat especialment interessada en l'envelliment i els pacients pluripatològics, inclosa la realització de rotació externa al Clínic de Barcelona als dispositius alternatius a l'hospitalització convencional en pacients pluripatològics. Actualment treballa d'adjunta a la Unitat de hospitalització a Domicili a l'Hospital Universitari Son Espases.

### JAVIER MURILLAS ANGOITI

Bilbao, 1969. Llicenciat en medicina i cirurgia per Universitat del País Basc (1993), especialista en medicina interna (1998), doctor en medicina per la Universitat de Barcelona, amb una tesi sobre el tractament de l'hepatitis C en pacients infectats pel VIH, màster en sida a la Universitat de Barcelona. La seva línia d'investigació sempre ha anat dirigida als pacients VIH, especialment a la coinfecció VIH i virus de l'hepatitis C. Treballa d'adjunt a la Unitat de Malalties Infeccioses de l'Hospital Universitari Son Espases des de 2002. Fa el seguiment dels pacients amb VIH i també quan són hospitalitzats.



**RUTES SALUDABLES  
AL VOLTANT DELS CENTRES DE SALUT**

---

## **Rutes saludables al voltant dels centres de salut**

Elena Cabeza Irigoyen  
Guillem Artigues Vives  
Clara Vidal Thomàs

## Resum

Envelliment saludable? Caminar cada dia mitja hora és la recomanació de l'Organització Mundial de la Salut per obtenir nombrosos efectes positius per a la salut. Malgrat això, i a més de ser una activitat de baixa complexitat i econòmica, la tendència de la nostra societat és de ser més sedentaris. I precisament aquest fet es tradueix en el nombre creixent any rere any del sobrepès i altres malalties associades.

Per altra banda, un dels motius que la societat addueix per no realitzar activitat física regular és que no pot gaudir d'un entorn immediat que l'estimuli o permeti consolidar aquest hàbit. Els darreres temps ha sorgit el concepte de caminabilitat (de l'anglès *walkability*), que es defineix com el grau pel qual l'ambient urbà (funcionalitat, seguretat i estètica) promou la pràctica de caminar.

Per això, l'Estratègia d'alimentació saludable i vida activa de la Conselleria de Salut ha posat en marxa el projecte de Rutes Saludables, entès com un projecte de participació comunitària, per tal de crear rutes urbanes que compleixin amb els criteris d'una caminabilitat segura i saludable. D'aquesta manera es pretén fomentar l'apoderament en salut de la comunitat a partir de projectes propers al seu entorn i que la mateixa comunitat se'n senti protagonista.

Com a resultat final, es va teixint una xarxa de rutes que es poden practicar tant individualment com en grup per millorar la qualitat de vida de les persones i la cohesió social dels barris.

## Resumen

¿Envejecimiento saludable? Caminar cada día media hora es la recomendación de la Organización Mundial de la Salud para obtener numerosos efectos positivos para la salud. Pese a ello, y además de ser una actividad de baja complejidad y económica, la tendencia de nuestra sociedad es ser más sedentarios. Y precisamente este hecho se traduce en un número creciente de sobrepeso y otras enfermedades asociadas año tras año.

Por otra parte, uno de los motivos que la sociedad argumenta para no realizar una actividad física regular es porque no puede disfrutar de un entorno cercano que le estimule o permita consolidar este hábito. En los últimos tiempos, ha surgido el concepto de caminabilidad (del inglés *walkability*), que se define como el grado por el que el ambiente urbano (funcionalidad, seguridad y estética) promueve el hábito de caminar.

Por ello, la Estrategia de alimentación saludable y vida activa de la Consejería de Salud ha puesto en marcha el proyecto de Rutas Saludables, entendido como un proyecto de

participación comunitaria, para crear rutas urbanas que cumplan con los criterios de caminabilidad segura y saludable. De este modo se pretende fomentar el empoderamiento en salud de la comunidad a partir de proyectos cercanos a su entorno y que la propia comunidad se sienta protagonista.

Como resultado final, se va tejiendo una red de rutas que se pueden practicar tanto individualmente como en grupo para mejorar la calidad de vida de las personas y la cohesión social de los barrios.

## 1. L'efecte beneficiós de caminar sobre la salut

- Caminar ha estat descrit com la forma d'activitat física que aporta més beneficis per a la salut de les persones (Morris JN, 1997). L'efecte positiu de caminar per a la prevenció de les malalties cardiocerebrovasculars està demostrat amb escreix (Lee IM, 2001; Gray SR, 2009; Zheng H, 2011). A més, també pot afectar positivament el manteniment del pes corporal, així com fer disminuir el sobrepès i l'obesitat, mantenir o incrementar la força muscular i millorar la mobilitat (Shofan Y, 2011). També s'ha posat de manifest que pot contribuir a la prevenció de malalties òssies com l'osteoporosi o l'osteoartritis, i que pot resultar beneficiós per a persones amb malalties respiratòries, alguns tipus de càncer o diversos problemes de salut mental com ara la depressió, l'ansietat o la demència (Williams DM, 2008).
- A pesar dels beneficis que aquest tipus d'activitat física reporta per a la salut, la tendència els darrers anys és a ser més sedentaris. La majoria de les persones no arriben a realitzar la quantitat d'activitat física que recomanen els experts per al manteniment de la salut. Segons la darrera Enquesta nacional de salut, 2011-2012, el 28% de la població més gran de 15 anys declaraven estar asseguts durant la seva activitat principal, i el 50% passaven la major part de la jornada drets sense fer grans desplaçaments. Així doncs, el 45% manifestava que duïen una vida sedentària i un 19% que no feien cap tipus d'activitat física (INE, 2013).
- Segons les dades de l'Enquesta de salut de les Illes Balears, el 52% de la població adulta de les Illes mostra un excés de pes, i entre aquesta, un 15% presenta obesitat. Així, aquesta distribució no és uniforme, ja que el problema s'agreuja amb l'edat i en la població de les classes socials més desfavorides (CAIB, 2009).



- Davant això, caminar és considerat com la forma d'activitat física més realitzada pels adults, i és sovint l'activitat més escollida pels adults quan els aconsellen que facin exercici físic (Lee IM, 2008). És una pràctica econòmica, ja que no requereix un equipament especialment complex, ni unes instal·lacions específiques, s'adapta a multitud d'horaris i es pot modular segons les característiques físiques de la persona, com ara l'edat o l'estat de salut. Seguint unes quantes recomanacions bàsiques, caminar és un exercici que pot realitzar fàcilment la major part de la població si l'entorn li és favorable.



## 2. L'entorn

- Hi ha nombrosos estudis que sostenen la idea que certes característiques de l'entorn urbà podrien estimular o desincentivar l'hàbit de caminar, de manera que repercutirien sobre l'estat de salut de la població. Els darreres temps ha sorgit el concepte de caminabilitat (de l'anglès *walkability*), que es defineix com el grau pel qual l'ambient urbà promou l'hàbit de caminar (Stephen A, 2005). S'ha demostrat que hi ha aspectes com la funcionalitat (el trànsit, el disseny dels carrers, de les interseccions, de les voreres), la seguretat, l'estètica o la presència de destinacions atractives que exerceixen una influència sobre l'hàbit de caminar de les persones (Saelens BE, 2003). Aquests aspectes s'han de tenir en compte a l'hora d'establir mesures de promoció de l'activitat física dirigides a la població.
- Hi ha estudis que mostren una connexió entre certes característiques de l'ambient urbà i el nombre de minuts diaris dedicats a la realització d'activitat física. Fins i tot s'ha establert que els individus que viuen en zones d'alta caminabilitat tenien una probabilitat 2,4 vegades més alta d'assolir la recomanació de realitzar més de trenta minuts d'activitat física diària (Frank LD). A més a més, hi ha estudis que relacionen directament les característiques de l'entorn urbà amb determinats problemes de salut, principalment l'obesitat (Saelens BE, 2003). De tot això se'n desprèn que millorar l'ambient urbà amb l'objectiu de facilitar a les persones ser físicament actives és un component essencial per incrementar l'activitat física.

## 3. La població

Totes les institucions assenyalen la importància de promoure la participació dels ciutadans per incrementar la seva autonomia i la seva capacitat d'exercir un grau de control més alt de la seva salut. Les activitats de promoció de la salut dins un entorn comunitari cada



vegada són més necessàries, encara que la implantació que tenen a les distintes comunitats autònomes és molt variable quant a tipus i formes d'aplicació, reconeixement institucional o implicació de la comunitat (Martín A, 2012).

#### 4. Objectius

L'Estratègia d'alimentació saludable i vida activa de la Direcció General de Salut Pública i Consum de la Conselleria de Salut segueix les directrius de la Comissió Europea (Horitzó 2020) (European Commission, 2011) i impulsa aquest projecte en estreta col·laboració amb Atenció Primària del Servei de Salut de les Illes Balears amb els objectius següents:

- Millorar la salut de la població de les Illes Balears mitjançant la promoció de la pràctica d'activitat física diària.
- Fer accessible i segura la pràctica d'activitat física regular a través de la millora de l'entorn urbà mitjançant el disseny de camins més segurs, accessibles i saludables.
- Afavorir la realització d'activitat física regular dels usuaris dels centres de salut i de la població en general de les zones bàsiques de salut participants, de manera que els permeti integrar-la en la seva vida quotidiana i en el seu entorn.
- Fomentar la socialització dels veïns en el seu propi entorn mitjançant la pràctica d'activitat física en grup, per contribuir d'aquesta manera a l'enfortiment del teixit social.
- Incorporar el consell breu i la prescripció d'activitat física com a eina terapèutica per als professionals de la salut dels centres participants.
- Aconseguir que els veïns de la zona bàsica de salut facin almenys els 30 minuts d'activitat física diària recomanada.
- Implicar i sensibilitzar sectors externs al sector sanitari en la generació de salut.

#### 5. Destinataris

- Població general que acudeix al centre de salut que concerta cita amb infermeria/medicina o altres professionals de la salut i la població que acudeix al centre de salut amb factors de risc cardiovascular o amb patologies cròniques sense impediment per a la pràctica de l'activitat física.
- Ciutadans/associacions/entitats i qualsevol organització de la comunitat o de la zona bàsica de salut que puguin contribuir a millorar la salut de la població de la zona mitjançant el foment de la vida activa i altres actuacions de promoció de la salut.
- Professionals de la salut dels centres d'atenció primària de les Illes Balears.

## 6. Criteris d'equitat

La idea de plantejar aquest projecte al voltant dels centres de salut va sorgir per millorar l'accessibilitat de tots els ciutadans, ja sigui a títol individual o com a col·lectius, a poder desenvolupar una vida activa, sense distinció del gènere, cultura, procedència, medi, rural o urbà, ni nivell socioeconòmic.

Ara bé, l'avaluació realitzada de l'Estratègia d'alimentació saludable i vida activa des de l'enfocament de desigualtat ens fa ser conscients d'algunes limitacions i certs reptes. El Reial decret 16/2012 (Agència Estatal, 2012) no ens ha de fer oblidar que no tota la població té accés a les propostes plantejades. No se'n beneficiarien els grups de població següents:

- Les persones que arran del dit decret no tenen accés als serveis de salut, per la qual cosa els professionals sanitaris no podran fer-los una valoració dels seus hàbits ni donar-los consell. El mateix passarà amb les persones privades de llibertat, que són a la presó, i les persones que només romanen a les Illes de manera estacional.
- Els ciutadans que no puguin entendre el programa per dificultat de llenguatge o cultura diferent.

Tenint en compte aquestes limitacions, s'han de dissenyar diferents estratègies per afavorir l'equitat d'accés als recursos a través d'establir aliances amb altres sectors socials per als grups de població que no hagin pogut accedir als programes pel canal convencional. En aquest sentit es compta amb la participació dels mediadors culturals, que han resultat ser una peça clau per a la inclusió d'aquests grups de ciutadans en aquest projecte.

A més, s'ha editat material dissenyat utilitzant criteris d'accessibilitat per facilitar-ne l'ús als usuaris amb baixa agudes visual.

## 7. Metodologia

### La comissió

El projecte es basa en el model de participació comunitària, ja que ha de comptar amb la participació de l'equip d'atenció primària (EAP) i una participació activa de la ciutadania i ha de ser una activitat intersectorial, és a dir, una activitat a la qual participen diferents sectors externs al sector sanitari. A més, pretén ser un procés equitatiu, ja que s'hi involucren el màxim nombre de persones o entitats que representen la diversitat de les persones que habiten al barri.



Són els equips d'atenció primària dels centres de salut (EAP) els que manifesten el seu interès a participar en aquest projecte i s'encarreguen d'identificar els actors que hi participaran, mitjançant les entitats civils, sectors no sanitaris (com educació o serveis socials), associacions, organitzacions, ONG, institucions, pacients i veïns en general, etc., que hi podrien participar. Al projecte hi ha tam-

bé els ajuntaments (departaments d'infraestructures, mobilitat, urbanisme, serveis socials, etc.). A partir de la identificació es constitueix amb tots els interessats la Comissió de Rutes Saludables, que participa en el disseny, procés i avaluació de la intervenció. Una descripció més detallada del procés és accessible a la pàgina web de l'Estratègia d'alimentació saludable i vida activa: <http://e-alvac.caib.es/entorno-comunitario.html> (Cabeza E, 2015).

### La ruta

La comissió debat conjuntament quines poden ser les millors rutes per caminar. Com a mínim, hi ha d'haver una ruta d'un recorregut d'uns tres quilòmetres de distància al voltant del centre de salut, que és la distància aproximada per acomplir les recomanacions sanitàries de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (OMS, 2010).

Molt sovint, els barris ja tenen unes rutes preestablertes per tradició que solen ser utilitzades pels veïns en funció de les seves possibilitats. A les reunions, els integrants del grup quasi sempre comenten la ruta que fan ells actualment o que han pogut fer amb anterioritat; en alguns casos no sempre són coincidents. Per tant, es poden donar diferents possibilitats que s'han de posar en comú i unificar per obtenir la ruta més adequada a les persones que poden fer-ne més ús: normalment una persona gran sense factors de risc que li impedeixin complir amb les recomanacions de realitzar mitja hora diària d'activitat física per un traçat accessible i de dificultat baixa.

Una vegada que es té definida la ruta, la comissió la recorrerà presencialment per tal d'avaluar les condicions òptimes de caminabilitat mitjançant el qüestionari de percepció, que ha estat dissenyat a l'efecte. Aquest consta de vint-i-tres preguntes distribuïdes en quatre seccions que recullen informació referent a: A) instal·lacions per a vianants, B) infraestructura de l'entorn, C) seguretat, D) opinió general. Posteriorment es realitza una anàlisi dels qüestionaris per tal de conèixer si els trams de la ruta aconsegueixen amb els mínims exigits i així poder validar la ruta o plantejar canvis dels trams que per diverses

raons no són aconsellables per caminar-hi. L'equip de l'Estratègia d'alimentació saludable i vida activa elabora un informe amb els resultats de les enquestes que envia a la comissió i a l'ajuntament corresponent, per tal de fer les modificacions que siguin viables, per exemple, abaixar una vorera, col·locar un banc.

### **Actuacions a usuaris**

Des del centre de salut es fa una valoració de l'activitat física dels usuaris mitjançant el qüestionari IPAQ, el qual classifica les persones segons el nivell d'activitat física realitzada. A partir dels resultats obtinguts, s'ofereix a l'usuari una sèrie de recomanacions en funció de la valoració obtinguda: consell breu, educació individualitzada estructurada o educació grupal estructurada.

### **Formació del professional sanitari**

Per poder dur a terme aquest projecte s'ha establert una línia de formació als professionals sanitaris d'atenció primària de les Illes Balears, estructurada en quatre branques principals: formació en consell breu d'hàbits de vida saludable, formació en intervencions comunitàries, educació per a la salut individual i en grup i prescripció de l'activitat física. La formació s'ha facilitat de manera presencial, i actualment hi ha en curs una oferta de formació en línia liderada pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat a través de l'Estratègia de promoció de la salut i prevenció de la malaltia.

### **Activitats comunitàries**

Una vegada establerta la ruta des del centre de salut, s'organitzen grups de caminants amb un calendari d'activitats d'educació per a la salut. En funció de la capacitat de cada centre de salut, els grups van acompanyats per un o més professionals del centre. Es promou la identificació de pacients, ja que hi ha un expert que acompanya el grup en les seves sortides.



La comissió en alguns casos ha posat en marxa activitats conjuntes (tallers d'activitat física, etc.) amb altres entitats de la zona.

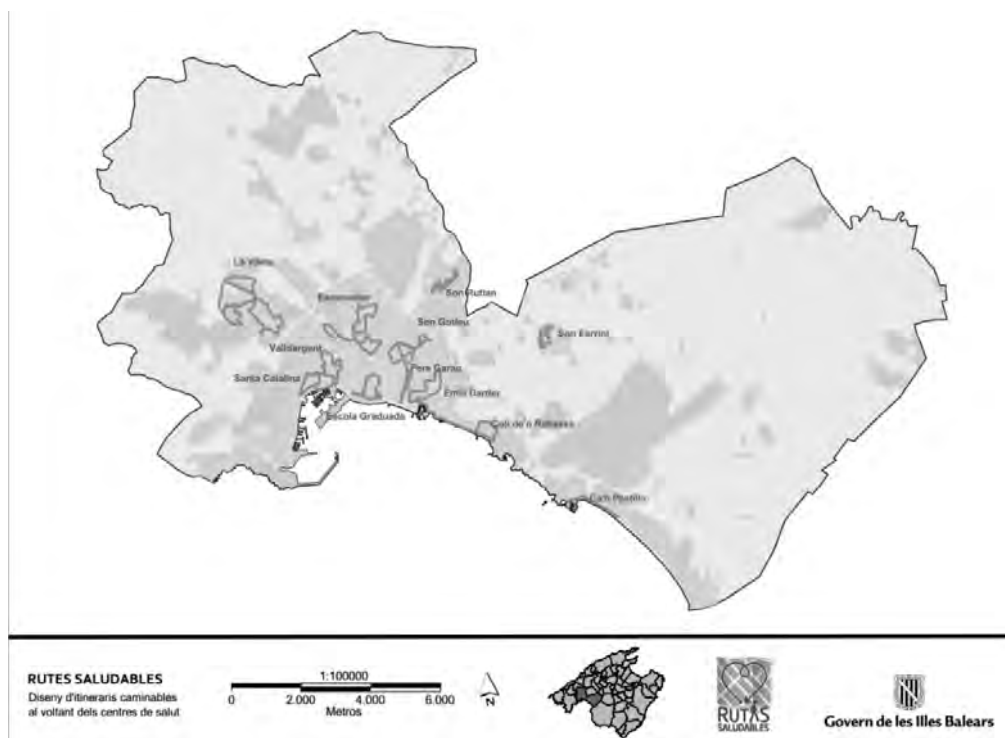
### **Georeferenciació**

S'estableixen les coordenades geogràfiques (XY) de la informació registrada al projecte (centres de salut i rutes establertes).

Amb la informació obtinguda es creen mapes mitjançant un sistema d'informació geogràfica (SIG). Això permet la visualització dels resultats com una eina d'ajuda a la presa de decisions.

A continuació s'exposa un exemple gràfic de les rutes establertes a la ciutat de Palma. Amb un simple cop de vista podem veure l'espai urbà cobert per rutes segures i saludables. D'altra banda, aquest sistema ajuda a visualitzar de manera gràfica les zones on no s'ha posat en marxa aquest recurs i on, per les característiques de la població (barris desfavorits), seria convenient establir contactes amb els responsables del centre de salut per posar-lo en marxa.

### Participació de la comunitat i altres sectors



La comunitat té una participació molt activa. Per centre de salut, han participat al projecte una mitjana de deu associacions, entitats, pacients, en total més de dos-cents, tant del sector sanitari com del sector no sanitari (centres educatius, serveis socials, departaments d'infraestructures, urbanisme, etc.) i entitats socials: associacions de veïns, AMIPAS, ONG, associacions de discapacitats, de gent gran, de joves, etc.

En aquest projecte també hi ha hagut col·laboracions amb institucions com el Consell Insular de Menorca o el projecte europeu CIVITAS DYN@MO de mobilitat sostenible.

### Avaluació

Per a l'avaluació del projecte s'han definit una sèrie d'indicadors de procés i de resultats sobre: les rutes, hàbits d'activitat física dels pacients, la participació dels centres de salut i la participació comunitària (per a més informació, vegeu el document: Rutes Saludables: Protocol d'implantació).

L'Estratègia d'alimentació saludable i vida activa incorpora indicadors de l'Estratègia NAOS en un procés d'alinejar ambdues estratègies.

## 8. Difusió del projecte

La difusió del projecte comprèn els apartats següents:

### Díptics

Edició de la ruta en un díptic en paper i també accessible a la pàgina web que serveix per visualitzar-ne el traçat, el temps aproximat, la despesa calòrica i els bancs per al descans, entre d'altres, i a més, inclou uns consells sobre els beneficis de dur una vida activa i sobre seguretat en la realització de la ruta.

**SEGURETAT**

- Utilitza calçat, mitjons, i roba transpirable adaptat a la temperatura ambiental.
- Beveu aigua o alguna beguda isotònica temperada abans, durant i després d'haver finalitzat la sessió esportiva.
- Segueix una dieta saludable, ajustada a les vostres necessitats energètiques i basada en aliments saludables.
- No realitzeu l'activitat a les hores de més calor (12-18 hores) i en el seu cas, portau casell, ulleres de sol i utilitzeu crema solar.
- Si veu marejos o sentiu dolor al cap, interrompau la pràctica i consulteu un professional de la salut.
- Devent un espai relaxant i en situ repoc, compressió i elevació del membre.
- Vigilateu les normes de seguretat de l'activitat realitzada i soliciteu les intervencions i els serveis de l'ajut.

**BENEFICIS DE LA VIDA ACTIVA**

**FISIOLÒGICS:** Disminueix el risc de patir malalties cardiovasculars (per exemple anèmia, diabètic, etc.) i cardiovasculars. Ajuda a controlar el pes i manté o incrementa la força muscular. Millora la mobilitat articular i prevé o retarda l'artròs de l'osteoartròs. Millora la resistència física. Millora la coordinació, l'equilibri i la flexibilitat.

**PSICOLÒGICS:** Millora el benestar. Redueix les ansietats i l'autoestima. Disminueix i/o millora els símptomes de l'estrès, l'ansietat o la depressió.

**SOCIALS:** Fomenta les relacions socials i a través de la integració en la societat, incrementa els rendiments a la terra o a l'escola.

**SEGURIDAD**

- Utilitza calçat, calcetines, i roba transpirable adequada a la temperatura ambiental.
- Beveu aigua o alguna beguda isotònica temperada abans, durant i després de haver finalitzat la sessió esportiva.
- Segueix una dieta saludable, ajustada a vèstres necessitats energètiques i variada en quantitat a los alimentos.
- No realitzeu la actividad en las horas de más calor (12-18 horas) y en su caso, llevad casaca, gafas de sol y utilizad crema solar.
- Si os mareis o sentís dolor en el capo, interrompid la practica y consultad a un profesional de la salud.
- Ante una lesión o molestias en el sitio repoc, compresión y elevación del miembro.
- Vigilateu les normes de seguretat de la actividad realitzada i soliciteu les intervencions i los servicios de trabajo.

**BENEFICIOS DE LA VIDA ACTIVA**

**FISIOLÓGICOS:** Disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (por ejemplo anemia, diabetes, etc.) y cardiovasculares. Ayuda a controlar el peso y mantiene o incrementa la fuerza muscular, mejora la movilidad articular y previene o retrasa el inicio de la osteoartritis. Mejora la resistencia física. Mejora la coordinación, el equilibrio y la flexibilidad.

**PSICOLÓGICOS:** Mejora el bienestar, el humor, las ansietades, la autoestima. Disminuye y/o mejora los síntomas de estrés, la ansiedad o la depresión.

**SOCIALES:** Fomenta las relaciones sociales y a través de la integración en la sociedad, incrementa el rendimiento en el trabajo o en el colegio.



**Plafons**

Edició de la ruta en un plafó que se situa al centre de salut en un lloc visible de l'entrada, perquè els usuaris s'hi puguin fixar fàcilment.

**Pàgina web**

Representació de la ruta a la pàgina web <<http://e-almac.caib.es/rutas-portada.html>>. Aquesta pàgina aglutina totes les rutes existents (tant del mateix centre com d'altres) i hi ha un apartat especial per a cada centre on es pot visualitzar i descarregar el traçat de la ruta, les característiques, les persones/entitats que formen la comissió de Rutes Saludables i un recull de material audiovisual referent al procés de

creació de la ruta i de la seva posada en marxa. En aquest apartat la comissió ha d'aportar una informació breu sobre el barri.

A més, també s'hi poden trobar recomanacions generals per posar-se a caminar, els beneficis de dur una vida activa, la seguretat a les rutes i qüestionaris d'avaluació d'hàbits. Accesible a: <http://e-almac.caib.es/rutas-portada.html>.





**Vídeos**

Vídeos: <https://www.youtube.com/watch?v=92i9KzINe8I>.



# 'Sans i Actius'

Método: Educación para la salud con sesiones semanales

Método: 3 días por semana, sesiones de 60 minutos de ejercicio

**Agraïments**

A tots els professionals dels centres de salut que han posat en marxa una Ruta Saludable i a totes les institucions, associacions, ONG, pacients i ciutadans que han participat al projecte.



## Referències bibliogràfiques

Agencia Estatal (2012). *Boletín Oficial del Estado* (BOE). Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Ministerio de la Presidencia, Gobierno de España, núm. 98, de 24-4-2012, 31278-31312 (35 pàg.).

Cabeza, E., Artigues, G., Riera, C. et al. (2015). *Rutes Saludables*. Protocol d'Implantació. Conselleria de Salut. Palma, Mallorca. ISBN 8469710044

European Commission (2011). *Horizon 2020 - The Framework Programme for Research and Innovation*. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels, 30.11.2011. COM (2011) 808 final.

Frank, L. D., Schmid, T. L., Sallis, J. F., Chapman, J. i Saelens, B. E. (2005). Linking objectively measured physical activity. *Am J Prev Med*, 28(2 Suppl 2), 117-125.

Govern de les Illes Balears, CAIB (2009). *Enquesta de salut de les Illes Balears*. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Salut Pública i Participació. Palma-Mallorca.

Gray, S. R., Baker, G., Wright, A., Fitzsimons, C. F., Mutrie, N. i Nimmo, M. A. (2009). The effect of a 12 week walking intervention on markers of insulin resistance and systemic inflammation. *Prev Med*, 48(1), 39-44.

Instituto Nacional de Estadística, INE (2013). *Informe de resultados detallados de la Encuesta nacional de Salud 2011-12*. Madrid.

Lee, I. M. i Buchner, D. M. (2008). The importance of walking to public health. *Med Sci Sports Exerc*, 40(7 Suppl), S512-S518.

Lee, I. M., Rexrode, K. M., Cook, N. R., Manson, J. E. i Buring, J. E. (2001). Physical activity and coronary heart disease in women: is «no pain, no gain» passe?. *JAMA*, 285(11), 1447-1454.

Martín, A. (2012). Promoción y prevención en tiempos de crisis. *Aten Primaria*, 44, Supl 1, 1.

Morris, J. N. i Hardman, A. E. (1997). Walking to health. *Sports Med*, 23(5), 306-32.

Organización Mundial para la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS. ISBN 978924359997

Saelens, B. E., Sallis, J. F., Black, J. B. i Chen, D. (2003). Neighborhood-based differences in physical activity: an environment scale evaluation. *Am J Public Health*, 93(9), 1552-1558.

Saelens, B. E., Sallis, J. F. i Frank, L. D. (2003). Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Ann Behav Med*, 25(2), 80-91.

## Autors

### ELENA CABEZA IRIGOYEN

Saragossa, 1959. Metgessa especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Doctora en Medicina i Cirurgia. Màster en Salut Pública per la Universitat Lliure de Brussel·les i en projectes R+D+I de la UIB. Actualment, coordinadora de l'Estratègia d'alimentació saludable i vida activa de la Direcció General de Salut Pública i Consum. Investigadora de l'IDISPA -Grup d'investigació de Salut Pública de les Illes Balears (GISPIB)- i del IUNICS. Participant als grups tècnics de l'Estratègia de diabetis i ictus de la Conselleria de Salut. Representant de la Conselleria al grup tècnic de l'Estratègia de prevenció de l'obesitat -NAOS- de l'AECOSAN i de l'Estratègia de promoció de la salut i prevenció de la malaltia del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Integrant del grup de treball sobre lesions de la Societat Espanyola d'Epidemiologia. Actualment posa en marxa projectes de participació comunitària.

### GUILLEM ARTIGUES VIVES

Artà, 1979. Graduat Universitari en Infermeria. Màster en Infermeria en Salut Pública i Comunitària. Màster en Nutrició Humana i Qualitat dels Aliments. Des de 2004 treballa com a tècnic en salut pública a la Direcció General de Salut Pública i Consum del Govern de les Illes Balears, concretament a l'oficina del Pla de salut i en l'Estratègia d'alimentació saludable i vida activa. Des de 2007 és professor associat de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la UIB. Entre les seves línies de recerca principals destaquen les relacionades amb els determinants de la salut.

### CLARA VIDAL THOMÀS

Infermera, mestratge en Epidemiologia per la Universitat de l'Havana (Cuba). Treballa al Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca des de 1992. Ha estat professora titular i associada del Departament d'Infermeria de la UIB (1990-1999). Ha format part de la Unitat de Recerca de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca des de 1992. Vocal de la Comissió de Recerca fins a 2010. Membre del grup Investén, Unitat de coordinació i desenvolupament de la recerca en infermeria de l'Institut de Salut Carlos III. Membre de l'Institut d'Investigació Sanitària de Palma (IdISPa). Membre del grup de recerca del Servei de Salut de les Illes Balears. GAGIC. Des de 2009, membre de la comissió tècnica de formadors i assessors en Promoció i Educació per a la Salut de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Membre de l'Associació Balear d'Infermeria Comunitària,

inclosa a la FAECAP (Federació d'Associacions d'Infermeria Comunitària i Atenció Primària). Tècnica de la salut de la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària de la Gerència d'Atenció Primària. Membre de la comissió de salut de l'Associació d'Amics del Poble Sahrauí de les Illes Balears. Participa en diversos projectes de recerca, entre els quals destaca la Xarxa d'investigació d'activitats preventives i de promoció de la salut en atenció primària (redIAPP).

**COR A CASA. PROJECTE DE  
CONDICIONAMENT DE SALES DE  
CONVIVÈNCIA/MENJADORS A TRAVÉS  
DEL DISSENY AMBIENTAL**

---

## **Cor a casa. Projecte de condicionament de sales de convivència/menjadors a través del disseny ambiental**

Margarita Roser Hernández

## Resum

Les cures i atencions de la residència Oms-Sant Miquel van destinades a residents amb un perfil de gran dependència graus III - II i amb un diagnòstic en el 82% dels casos de demència en grau moderat i greu i amb una mitjana d'edat de 87 anys.

La doble problemàtica amb què ens trobam (edat avançada de la població i diagnòstics de demència) ens determina el tipus d'atenció assistencial i psicosocial que han de rebre per a poder cobrir les seves necessitats personals i aconseguir una millora continuada del seu benestar i de la seva qualitat de vida.

La direcció i l'equip tècnic del centre aposta per les teràpies no farmacològiques com a alternativa per a l'atenció a les persones amb demències avançades. Ja que se n'ha demostrat l'eficiència en l'alentiment de la progressió de les demències en la intervenció dual de teràpies farmacològiques i teràpies no farmacològiques .

El *Cor a casa* és un projecte que té com objectiu fomentar un estat emocional de benestar a través de la modificació ambiental de les sales de convivència, transformant-les en entorns càlids i relaxants.

Pretenem la transformació d'un entorn institucionalitzat i neutre en un entorn casolà i de confort. Fent que dia a dia sigui considerat més com una casa pròpia que no pas un lloc substitutiu a aquesta.

Aquest projecte de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació s'ha posat en marxa amb la col·laboració de l'Obra Social La Caixa.

## Resumen

Los cuidados y atenciones de la Residencia Oms-Sant Miquel van destinadas a residentes con un perfil de gran dependencia grados III- II y con un diagnóstico en el 82% de los casos de demencia en grado moderado y grave y con una media de edad de 87 años.

La doble problemática con la que nos encontramos: avanzada edad de la población y los diagnósticos de demencia nos determina el tipo de atención asistencial y psico-social que deben recibir para poder cubrir sus necesidades de personal y lograr una mejora continua de su bienestar y de su calidad de vida.

La dirección y el equipo técnico del centro apuesta por las terapias no farmacológicas como la alternativa para la atención a las personas con demencias avanzadas. Ya que se ha demostrado su eficiencia en la ralentización de la progresión de las demencias en la intervención dual de terapias farmacológicas y terapias no farmacológicas.

El *Cor a casa* es un proyecto que tiene como objetivo fomentar un estado emocional de bienestar a través de la modificación ambiental de las salas de convivencia, transformándolas en entornos cálidos y relajantes.

Pretendemos la transformación de un entorno institucionalizado y neutro en un entorno casero y de confort. Haciendo que día a día sea considerado más como un hogar propio y no un lugar sustitutivo a su hogar.

Este proyecto de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació se pone en marcha con la colaboración de la Obra Social La Caixa.

---

## 1. Introducció

Segons dades de l'IBESTAT, l'índex d'envelliment al 2013 a les Balears fou d'un 89,46%, amb un taxa de dependència d'un 21,27%. Aquestes dades evidencien l'envelliment de la població en les darreres dècades i l'augment de la població amb dependència.

L'augment de l'esperança de vida juntament amb la caiguda de la fecunditat són els motors de l'envelliment de la població. Aquest envelliment s'espera que continuï amb aquesta progressió, tal com posen de manifest les darreres projeccions de la població d'Espanya de l'Institut Nacional de Estadística (INE). Segons aquestes dades, a mitjan segle XXI el 37,6% dels espanyols tendran 65 anys o més, el que suposa uns 16,4 milions de persones.

L'envelliment de la població implicarà que una gran part d'aquesta pateixi problemes funcionals i de demència i, per tant, hi haurà un augment de la població dependent. Això suposarà un problema de salut pública, social i econòmic. D'aquí que l'interès científic i clínic s'enfoqui en cercar noves alternatives d'assistència i atenció a les persones majors amb dependència que suposin un cost menor en inversió econòmica i repercutixin en la millora de la seva qualitat de vida.

La institucionalització és una forma de convivència fora de la llar per a les persones amb dependència i sobretot l'opció més demandada en els casos de persones majors amb una demència. Cal tenir en compte que a causa de l'envelliment de la població l'ingrés a les residències de persones majors es fa més freqüent amb l'edat i, sobretot, en les dones.

Les proporcions de persones institucionalitzades són encara baixes comparades amb altres països centre i nord-europeus. Un 5,2% dels homes i un 8,7% de les dones de 75 i més anys viuen en allotjaments col·lectius (Cens de Població de 2011); a partir dels 85 anys són 9,2% i 14,1% respectivament.

A les Illes Balears en els anys 2003-2008 es produeix una eclosió en la construcció i posada en funcionament de residències i centres de dies i es construeixen un total de 15 residències a les Balears. Aquesta eclosió és motivada per la implantació de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència al 2007, que ofereix la possibilitat de gaudir del servei residencial com una de les opcions de l'atenció a persones amb dependència.

La majoria de les residències foren de nova creació i seguiren un model arquitectònic modern i centrades a facilitar l'orientació de les persones residents, accessibles i sense barreres arquitectòniques, d'una planta amb nous materials i materials innovadors. Com és la Residència Son Güells, també de titularitat de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal.

En canvi la residència Oms-Sant Miquel està plantejada sobre el que va ser l'Hospital Militar de Palma, un complex de dos edificis separats pel claustre i l'església de Santa Margalida. És féu una rehabilitació dels dos edificis principals del complex hospitalari i al març del 2007 és va posar en funcionament com a residència per a persones amb gran dependència diagnosticades amb problemes de demència.

La distribució de les residències és:

### Residència Sant Miquel

Serveis / dependències	
Planta soterrània	Aljub, instal·lacions cuina, bugaderia, magatzems i refrigeradors...
Planta baixa	Serveis generals i despatxos, recepció, perruqueria i garatge.
Planta 1	Sala fisioteràpia, polivalent per teràpia, sala multi-sensorial, infermeria, sala de cures i atenció mèdica, farmàcia, despatx coordinadora infermeria i metge, despatxos de RH, podologia i banys.
Planta 2	8 habitacions dobles, 1 habitació individual, control d'infermeria, 2 banys adaptats, bany geriàtric, sala polivalent: menjador-convivència, sala <i>office</i> , bany per al personal i magatzems de neteja, fungible i roba dels residents.
Planta 3	8 habitacions dobles, 1 habitació individual, control d'infermeria, 2 banys adaptats, bany geriàtric, sala polivalent: menjador-convivència, sala <i>office</i> , bany per al personal i magatzems de neteja, fungible i roba dels residents.
Planta 4	8 habitacions dobles, 1 habitació individual, control d'infermeria, 2 banys adaptats, bany geriàtric, sala polivalent: menjador-convivència, sala <i>office</i> , bany per al personal i magatzems de neteja, fungible i roba dels residents.
Planta 5	8 habitacions dobles, 1 habitació individual, control d'infermeria, 2 banys adaptats, bany geriàtric, sala polivalent: menjador-convivència, sala <i>office</i> , bany per al personal i magatzems de neteja, fungible i roba dels residents.
Planta 6	Terrassa descoberta, sala d'informàtica, instal·lacions i bany.



## Residència i centre de dia Oms

Serveis / dependències	
Planta soterrani	Aljub, vestíbul, instal·lacions, combustible, magatzem de llenceria.
Planta baixa	Serveis generals i despatxos: recepció, administració, vestuaris de personal, bugaderia, banys de personal, sala de descans, garatge, sortida de fems i grups electrògens.
Planta 1 i C.D	Sala <i>office</i> , menjador, sala de fisioteràpia, espai polivalent per a teràpia del centre de dia, 2 banys adaptats i un bany per a personal, sala de cures i despatxos tècnics.
Planta 2	6 habitacions dobles, 3 habitacions individuals, cuina- <i>office</i> , magatzem de roba, 2 banys adaptats, una sala d'estar i un bany per al personal.
Planta 2	1 habitació doble, 11 habitacions individuals, cuina- <i>office</i> , magatzem de roba, 2 banys adaptats i una sala d'estar i un bany per al personal.
Planta 3	Menjador, sala polivalent, sala de rehabilitació, magatzems, bany geriàtric, 2 banys adaptats, farmàcia, sala d'infermeria, despatx del metge, despatx d'infermeria i perruqueria.
Golfes	Instal·lacions i magatzem.

Com es pot evidenciar a les dues distribucions dels edificis, són estructures verticals amb una clara herència hospitalària. A on els serveis pels residents i familiars no estan en la mateixa planta que les habitacions.

Immediatament es va detectar que la arquitectura dels dos edificis, separats i sense comunicació, no afavoria una organització funcional, ni era adient per les persones majors amb demències que hi resideixen.

D'aquí sorgeix la necessitat de l'equip tècnic de dur a terme modificacions estructurals i ambientals que facilitin l'atenció al perfil de resident que atenem i que afavoreixin la interacció dels usuaris amb el medi a on viuen.

## 2. Perfil demogràfic del centre.

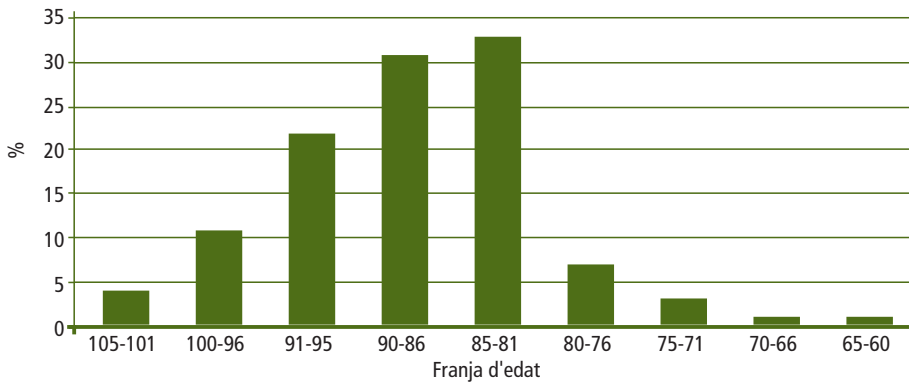
La residència Oms-Sant Miquel té una capacitat de 96 residents, i anualment atén 115 residents amb un perfil majoritari de gran dependència (GIII) un 78% tal com es pot veure en el gràfic.

**Gràfic 1 | Percentatge grau de dependència R.Oms- Sant Miquel. (2014)**



El perfil dels usuaris ens determina el tipus d'atenció assistencial que han de rebre per poder cobrir les seves necessitats personals i aconseguir una millora continuada del seu benestar i de la seva qualitat de vida.

**Gràfic 2 | Percentatge per edat R.Oms-Sant Miquel. (2014)**



Un fet a remarcar del perfil d'usuaris és l'edat de la població resident. La mitjana d'edat dels residents és de 87,51 anys.

Separant per gènere la mitjana d'edat, la dels homes és de 85 anys i la de les dones, 87,98 anys. Aquesta xifra confirma les dades de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (OMM) en què s'exposa que l'esperança de vida de la societat espanyola, en concret de les dones, va en augment any rere any.

Hi ha una gran variabilitat pel que fa al grau de deteriorament cognitiu dels nostres usuaris. Dels residents que es tingueren al 2014 un 74% presentaven un grau de deteriorament greu en diferents estadis, com es veu en el gràfic 3.

**Gràfic 3 | Grau de Dèficit Cognitiu (D.C) Residència Oms-Sant Miquel**



## 2.1 Epidemiologia de les demències

Les demències són les que generen més dies d'estada hospitalària en el grup d'edat de majors de 65 anys, segons dades de l'OMM. I a més són la tercera causa de mort en els països desenvolupats, per darrere de malalties cardiovasculars i el càncer.

La demència afecta principalment les persones majors però no constitueix una conseqüència normal de l'envelliment. Segons dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) hi ha uns 47,5 milions de persones que pateixen demència i cada any es registren 7,7 milions de nous casos. Aquesta és la principal causa de discapacitat i dependència entre les persones majors de tot el món.

La principal problemàtica en l'atenció a aquestes malalties que cursen amb un deteriorament cognitiu greu és el seu caràcter irreversible, la manca de tractament curatiu, la càrrega assistencial que presenten per a l'atenció a les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD) i l'impacte emocional, físic, psicològic que representa per als curadors, les famílies i la societat.

La malaltia d'Alzheimer (MA) és la forma de demència més freqüent en la població de gent major, estan diagnosticats amb MA entre un 60% i un 70% de la població major amb demències.

Aproximadament s'han diagnosticat devers 500.000 persones a l'Estat espanyol, no obstant això, hom parla d'un total de 800.000 malats entre diagnosticats o no. A més, s'estima que l'any 2025 hi haurà a Espanya 1.200.000 afectats per Alzheimer.

## 2.2. El tractaments alternatius a les demències

Malgrat els avanços en investigació, actualment no es disposa d'un tractament causal per aquesta malaltia, i tot l'enfocament terapèutic persegueix la prevenció de la seva progressió.

S'ha demostrat que la intervenció dual de teràpies farmacològiques (inhibidors de l'acetilcolinesterasa i memantina) i teràpies no farmacològiques com estimulació cognitiva són beneficioses per a l'alentiment de la progressió de les demències, tal com Matsuda i Requena conclouen en els seus estudis que els tractaments combinats d'estimulació cognitiva i fàrmacs és l'opció més efectiva per controlar la progressió del deteriorament cognitiu en demències.

I entenem per Teràpies no farmacològiques o psicosocials "Qualsevol intervenció no química, teòricament sustentada, focalitzada i replicable, realitzada sobre el pacient o el curador i potencialment capaç d'obtenir un benefici rellevant" (Olazarán *et al.*, 2010).

Ell mateix conclou que “Les TNF poden contribuir d’una forma realista i assequible a la millora i administració de cures a les persones amb M.A i demències. I al contrari del que succeeix amb els fàrmacs, les intervencions solen ser de baix cost, centrant-se amb la despesa en recursos humans, i no amb l’ús de costoses tecnologies o fàrmacs.”

### 2.2.1 Disseny ambiental com a part de les TNF

La neuropsicologia ha constatat que l’amígdala i l’hipocamp, estructures cerebrals estretament relacionades amb l’emoció i la memòria, s’interrelacionen estretament. Per això, la hipòtesi d’integrar programes d’estimulació dels sentits com a teràpies rehabilitadors en malalts amb demències està justificada.

Fernàndez-Ballesteros analitza la interacció de l’individu amb l’ambient a la seva revisió de models ambientals, i posa de relleu el joc d’influències que hi ha a residències d’ancians entre, per una banda, les característiques físiques i arquitectòniques (mida, ajudes, orientació, característiques sociorecreatives, accessibilitat a la comunitat), organitzatives i de funcionament –totes aquestes mesures independents o objectives– i, per una altra costat, els aspectes de l’ambient percebut o “clima social” i les característiques comportamentals com a habilitats funcionals, de la salut, memòria, o els sentiments de depressió.

Pel que és evident que la decoració i l’ambient de les residències influeix en les actituds de les persones que hi interaccionen.

Experts internacionals en disseny i atenció socio sanitària destaquen la importància del disseny ambiental i dels espais en el procés terapèutic de les demències. En els últims 30 anys, el disseny ambiental s’ha establert com un dels enfocaments principals no farmacològics per a l’atenció als pacients amb demència.

En aquest sentit John Zeisel, destaca que les persones amb demències necessiten satisfer les mateixes necessitats que la resta de la població *i cal adaptar els ambients a les seves demandes i hem de posar les mesures necessàries per satisfer els seus drets, perquè es trobin en els ambients que necessiten i desitgen com a malalts i com a persones.*

## 3. El Cor a casa, sentir-se com a casa.

El projecte neix de la premissa de John Zeisel i de la necessitat evident d’adaptar el centre que tenim per convertir-lo en un llar que estimuli i redueixi l’ansietat dels nostres residents, sobretot dels més afectats.

Suposa utilitzar el disseny ambiental com part d’un programa integral d’intervenció neurocognitiva, igual que ho era el projecte “*El gesto como terapia*” amb les fotografies.

Fent ús de la modificació ambiental com una TNF més de les que ja es fan al centre, com ho son les sessions d'estimulació cognitiva, musicoteràpia, exercicis físics, teràpia amb animals, estimulació multisensorial, taller teràpia, sortides a l'exterior...

Totes aquestes estan orientades a crear moments i sensacions agradables per a la persona i connectar-la temporalment a la realitat, treballar l'estimulació de la visió, audició, tacte, olfacte i gust, relaxació, expressió d'emocions, motricitat bàsica, etc.

A causa dels diferents nivells cognitius que hi ha a la residència, cada planta té unes necessitats diferents, el centre es va organitzar segons nivells cognitius de la població resident i va quedar de la manera següent:

- Residència Sant Miquel:
  - Plantes 2a i 4a de residents amb un D.C molt greu i greu.
  - Planta 3a de residents amb D.C molt lleu, lleu, moderat i moderat lleu.
  - Planta 5a de residents amb absència de D.C, molt lleu i lleu.
- Residència Oms:
  - Plantes 3a de residents amb un D.C molt greu i greu.
  - Planta 2a de residents amb D.C molt lleu, lleu, moderat i moderat lleu.

La necessitat més gran de manca d'estímuls i de problemàtica arquitectònica sorgeix en les plantes 2a i 4a on els usuaris presenten un deteriorament cognitiu més greu, (nivell GDS 6 i GDS 7) i passen més hores a les sales de convivència, ja que no poden estar sols a les seves habitacions. La 3a i la 5a usen més la sala menjador com a sala d'estar comunitària i van i vénen a de les seves habitacions

Encara que les teràpies que es fan al centre estan orientades a tots els residents i l'índex de participació és d'un 90%, no és possible, ni econòmicament ni materialment, tenir els 96 residents rebent sessions diàries matí i horabaixa.

Per la qual cosa ens plantejarem:

### **Quins estímuls reben quan estan asseguts a la sala menjador?**

Partint d'aquesta pregunta crearem el *Cor a casa* amb l'objectiu principal que a través de la modificació ambiental les persones residents, familiars, visitants i professionals puguin gaudir d'un entorn estimulador que evoqui sentiments de calidesa i casolà, que no és possible en un ambient neutre. Per poder crear una llar que sigui residència, i que les persones que hi visquin se sentin com a casa i no sentin l'ansietat d'estar en un ambient neutre sense cap estimul.



**Imatge.1.** Menjador de la 2a planta de la Residència Sant Miquel

Els menjadors de les quatre plantes de la residència Sant Miquel estan estructurats, tal com es pot veure a la imatge.1, amb parets blanques i quadres de pintors famosos comprats a grans magatzems, difícils d'identificar pels nostres residents i que no donen cap estímul visual.

Seguint l'objectiu marcat per Zeisel de "[...] Dissenyar tot l'entorn de manera

que el que la gent veu, escolta, toca i ensuma, conté la mateixa informació sobre el medi a on se troben. Si el menjador està destinat a ésser el centre social de la residència, s'ha d'assegurar que es veu, se sent, s'olora i sona com un centre social [...]".

Per tant, *Cor a casa* es basa en el fet de renovar el disseny dels menjadors de la residència Sant Miquel: pintar les parets en un to càlid o amb murals, modificar part del mobiliari, modificar la llum per una de més groga, incorporar unes pantalles per projectar imatges i música. Fent a la llarga la sala un lloc més acollidor que una simple sala amb parets blanques.

En el disseny ambiental, l'ús de les arts és part de l'enfocament no farmacològic, pel que es va pensar que si en lloc de només pintar les sales amb un to càlid podíem pintar un mural o instal·lar un vinil que evocues sentiments de calidesa i de relaxació pels usuaris, cercant una solució mèdica amb una TNF i afegint una vessant artística al projecte.

Ens plantejàrem per la 2a planta pintar un mural amb una imatge que evocàs sentiments de llibertat, amplitud i que tengués els colors blau i verd, colors preferents segons les persones majors, tal com recull l'article "*The application of color in Healthcare Settings*".

Es va pensar en un paisatge de les Illes Balears: un camp, la Serra de Tramuntana o una cala. Ens vam decantar per la Cala perquè presenta diferents tonalitats de blau, verd i grog, és de fàcil identificació i dóna una dimensió d'amplitud i llibertat a la sala.

En l'execució del projecte es va contar amb la col·laboració de l'artista Ignacio Sierra Bosch i del seus alumnes de 4t d'ESO del Col·legi Arcàngel Sant Rafael, creant així una nova forma de solidaritat intergeneracional dels adolescents.

Hem projectat que cada planta tindrà la seva personalitat associada amb les necessitats dels usuaris que hi habiten, com si fossin petites cases de 17 residents cada planta.



Imatge 2. Procés de creació del mural

Per ambientar la 5a planta es comprarà amb un pintor de *graffiti*, a la 3a i 4a planta es posarà un vinil d'un paisatge, obrint així la possibilitat de participació als artistes illencs que hi vulguin participar a decorar i millorar la casa del seus majors.

En les sales de convivència s'han afegit cortines en lloc d'estors, en les que s'ha pogut, cosa que fa un ambient més casolà. I s'han col·locat unes pantalles sense connexió a antena a les plantes 2a i 4a per poder posar imatges, documentals, música i films, i a les plantes 3a i 5a uns televisors perquè en ambdós casos el menjador sigui el centre social de la planta i sigui un lloc tranquil, se senti, es vegi i s'olori com a tal.

#### 4. Conclusions

Metodològicament parlant, estem en fase de mesurament de resultats, desenvolupant models que ens permetin avaluar l'impacte del projecte. Si bé som conscients de les limitacions amb què comptem al respecte, sobretot a nivell d'obtenció de dades amb la població resident, no per això deixem de seguir apostant per les teràpies d'indole més psicosocial en la població a la qual atenem.



Font: Elaboració pròpia.

L'existència de resultats de que les teràpies no farmacològiques son efectives en persones amb demències avançades i el fet que suposin un cost econòmic assequible, ens obri el camí a humanitzar els nostres centres i fer que dia a dia siguin considerades més una casa pròpia i no un lloc substitutiu a aquesta.

#### Agraïments

El "Cor A Casa" no hagués estat possible sense el treball i la dedicació dels treballadors de la Rsd i CD Oms- Rsd Sant Miquel i dels responsables de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal.

## Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Pujol, R. y Ramiro, D. (2014). Más de dieciséis millones de viejos a mitad de siglo. ¿Es posible ser optimistas?. En Blog Envejecimiento [en-red]. Recuperat de: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2014/10/30/mas-de-dieciseis-millones-de-viejos-a-mitad-de-siglo-es-posible-ser-optimistas/>

Àrea de Gent Gran de l'Institut Mallorquí d'Afer Socials.(2015). Presentació de dades sociodemogràfiques i de recursos. *Observatori de les Persones Majors de Mallorca*. Recuperat de: <http://blogs.imasmallorca.net/majors/envelliment-en-xifres/>

Bosch, S., Cama, R., Edelstein, R. y Malkin, J. (2012). The Application of Color in Healthcare Settings. De *The Center for Health Design*. Recuperat de: [http://www.ki.com/pdfs/Color\\_in\\_Healthcare\\_Settings\\_Paper.pdf](http://www.ki.com/pdfs/Color_in_Healthcare_Settings_Paper.pdf)

Fernández – Ballesteros, R. y Izal, M. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología*, 6 (2),181-198

Matsuda, O., Shido, E., Hashikai, A., Shibuya, H., Kouno, M., Hara, C. y Saito, M. (2010). Short-term effect of combined drug therapy and cognitive stimulation therapy on the cognitive function of Alzheimer's disease. En *PSYCHOGERIATRICS*, 10, 167-172. doi: 10.1111/j.1479-8301.2010.00335.x

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L. y Muñiz, R. et col. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178. doi:10.1159/000316119

Requena, C., Maestú, F., Campo, P., Fernández, A., Gil, P. y Ortiz, T. (2007). Efectos del tratamiento combinado de fármaco más estimulación cognitiva en la demencia moderada: seguimiento de dos años. *Rev.Esp Geriatria y Gerontología*, 42 (1), 3-10. doi: 10.1016/S0211-139X(07)73515-1

Zeisel, J., Hyde, J. y LevKoff, S. (1994). Best practices: An Environment-Behavior (E-B) model for Alzheimer special care units. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 9( 2), 4 -21. doi:10.1177/153331759400900202



## Autora

### MARGARITA ROSER HERNÁNDEZ

Palma, 1977. Diplomada en Treball Social i especialista en geriatría i gerontologia per la Universitat de les Illes Balears. Ha treballat durant catorze anys dins el món de la discapacitat psíquica i dependència.

Des del 2008 treballa a la Residència i Centre de Dia – Residència Sant Miquel, primer com treballadora social i com a directora del maig del 2013 al 2015. És tutora d'alumnes de pràcticum de la UIB i és assessora/avaluadora de la qualificació professional SSC320\_2: Atenció socio sanitària a persones dependents en institucions socials.

És coautora, juntament amb l'equip tècnic de la Residència i Centre de Dia – Residència Sant Miquel, de diverses publicacions sobre demències, Alzheimer i teràpies no farmacològiques.

**GENT GRAN AMB DISCAPACITAT.  
UN PROJECTE PER AL S. XXI**

---

## **Gent gran amb discapacitat. Un projecte per al s. XXI**

Antoni Ribas Prats

Ana Andreu Mas

Belén Hernández Jiménez

Andrea Ramon Candela

---

## Resum

Des d'Eivissa ens hem plantejat aquest treball després de la recollida de dades de persones amb discapacitat a la nostra illa i dels recursos existents.

Parlem de projecte del s. XXI, ja que veiem que "arribar a més anys a la vida" en aquest grup de població és un repte.

Ens centrem en els aspectes mèdics preventius i en el manteniment de les capacitats bàsiques de la vida diària. Què fem amb aquests pacients als centres de dia, centres residencials i domicilis? Amb quins suports comptem? I cap a on ens dirigim?

## Resumen

Desde Eivissa nos hemos planteado este trabajo tras la recogida de los datos de personas con discapacidad en nuestra isla y de los recursos existentes.

Hablamos de proyecto del S. XXI ya que vemos que "alcanzar más años a la vida" en este grupo de población es un reto.

Nos centramos en los aspectos médico preventivos y en el mantenimiento de las capacidades básicas de la vida diaria. ¿Qué hacemos con estos pacientes en los centros de día, centros residenciales y en domicilios? ¿Con qué apoyos contamos? ¿Y hacia dónde vamos?

---

## 1. Introducció

El procés d'envelliment de les persones amb discapacitat és una realitat contemporània amb la qual la societat, els recursos específics, i els professionals implicats es troba actualment. Amb aquest fenomen, fins ara desconegut, ha sorgit la necessitat d'un abordatge multidisciplinari que garanteixi el benestar i la qualitat de vida d'aquestes persones.

Amb aquest article es pretén oferir informació de com envelleix aquest grup de població i quins són els programes que es duen a terme a dia d'avui, a més d'analitzar les necessitats que sorgeixen.

En primer lloc, passarem a definir alguns dels conceptes clarificadors per conèixer millor el món de la discapacitat:

## 1.1. Conceptes

*Discapacitat:* és tota restricció o absència de la capacitat de realitzar una activitat en la forma o dins del marge que es considera normal per a un ésser humà. Els tipus de discapacitats es classifiquen en física, intel·lectual o mental i sensorial.

*Persona amb discapacitat:* és aquella persona que té impedida o entorpidida algunes de les activitats quotidianes considerades normals, per alteració de les seves funcions intel·lectuals o físiques.

*Minusvalidesa:* Segons l'OMS, és una situació desavantatjosa per un individu determinat, conseqüència d'una deficiència o una discapacitat, que limita o impedeix el desenvolupament d'un rol que és normal en funció de la seva edat, el seu sexe i factors socials i culturals.

La minusvalidesa es produeix pel desavantatge que té una persona a l'hora de complir un rol o portar a terme una acció a causa d'una deficiència i discapacitat.

*Graus de minusvalidesa:*

- Grau I, Discapacitat nul·la: la persona presenta una discapacitat que no impedeix realitzar les activitats de la vida diària. La qualificació seria del 0%.
- Grau II, Discapacitat lleu: dificultat per realitzar algunes de les activitats de la vida diària. Percentatge de minusvalidesa entre l'1% i el 24 %.
- Grau III, Discapacitat moderada: gran dificultat o impossibilitat per portar a terme algunes activitats. El grau de minusvalidesa està comprès entre un 25% i un 49%.
- Grau IV, discapacitat greu: existeix dificultat per algunes activitats d'autocura. Percentatge de minusvalidesa que oscil·la entre el 50% i 70%.
- Grau V. Discapacitat molt greu: és el grau més sever. Les persones no poden portar a terme per si mateixes les activitats de la vida diària. El grau de minusvalidesa és del 75%.

*Deficiència:* tota pèrdua o anormalitat d'una estructura psicològica, fisiològica o anatòmica. Des del punt de vista de la salut, "una deficiència és tota pèrdua o anormalitat d'un òrgan o de la funció pròpia d'aquest".

És l'exteriorització directa de les conseqüències de la malaltia i es manifesta tant en els òrgans del cos com en les seves funcions.

*Deficiència mental:* Segons el DSM-IV, és l'existència d'una capacitat intel·lectual inferior, expressada amb un coeficient d'intel·ligència de 70 o menys en un test administrat individualment.

*Autonomia:* capacitat de controlar, afrontar i prendre per pròpia iniciativa decisions personals sobre com viure d'acord amb les normes i preferències pròpies, així com de desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària.

*Dependència:* estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, malaltia o discapacitat i lligades a la manca o la pèrdua de l'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial precisen de l'atenció d'una altra o d'altres persones o ajudes importants per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària o en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental d'altres suports per a la seva autonomia personal.

*Activitats bàsiques de la vida diària:* tasques més elementals de la persona, que li permeten desenvolupar-se amb un mínim d'autonomia i independència, tals com: la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, reconèixer persones i objectes, orientar-se, entendre i executar ordres o tasques senzilles.

*Salut:* és un estat complet de benestar físic, mental i social, i no només l'absència d'afeccions i malalties.

## 2. Situació actual

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'envelliment actiu és el procés pel qual ens fem majors sense envellir, mitjançant el desenvolupament d'activitats físiques, socials i espirituals al llarg de tota la vida. L'envelliment actiu és un concepte que està compost per un ampli conjunt de factors biopsicosocials: condicions de salut, bon funcionament físic i cognitiu, afectes i relacions socials positives identifiquen el concepte d'envelliment actiu.

Cada ésser humà envelleix de diferent forma. A partir dels 65 anys ja es considera que una persona entra en l'etapa de la vellesa. Les persones amb discapacitat adquirida des del naixement o durant la infància també envelleixen de distinta forma que la resta de població.

En aquestes persones, a diferència de la resta de població, el procés d'envelliment s'inicia abans dels 60 anys i envelleixen també més ràpidament.

Per exemple, pel que fa a l'Alzheimer en un percentatge important de les persones afectades de Síndrome de Down comencen a patir la malaltia a partir dels 40 anys.

L'envelliment en les persones amb discapacitat suposa l'aparició de noves dependències o agreujament de les ja existents. És habitual l'aparició de patologies al llarg del procés de desenvolupament que tenen importants conseqüències sobre la persona quan arriba a edats més avançades. A més a més, hi ha una pèrdua de l'autonomia i de la capacitat d'adaptació de la persona als factors que l'envolten. Per tant, un dels trets més importants que diferencia el col·lectiu de persones amb discapacitat és **l'envelliment prematur**.

En termes generals, tenint en compte les diferents discapacitats més corrents (síndrome de Down, paràlisi cerebral, retard mental, autisme) podem esmentar que l'envelliment prematur en aquest col·lectiu s'avança 20 anys.

En el cas de la discapacitat intel·lectual, fa 20 anys parlar d'envelliment en persones amb discapacitat era quasi utòpic, ja que resultava difícil trobar persones que tinguessin més de 30 o 40 anys. Però els avanços mèdics en el tractament de les patologies associades a la discapacitat psíquica i també els canvis en els estils de vida (alimentació, cures bàsiques, estimulació precoç, etc.) estan tenint una important repercussió en la longevitat de les persones amb discapacitat. Segons l'estudi de les FEAPS *Envelliment i discapacitat* de 2012 a l'any 2020 el 60% de les persones amb discapacitat superaran els 45 anys.

Aquest col·lectiu està exposat a una major fragilitat al llarg del seu cicle vital.

En l'actualitat, gràcies als avenços esmentats anteriorment s'ha aconseguit frenar de manera important la mortalitat. Podem afirmar que ha augmentat considerablement l'esperança de vida en aquestes persones. Per exemple, en el cas de les persones afectades de síndrome de Down, l'esperança de vida pot arribar als 60 anys.

Els trets de l'envelliment més habituals en les persones amb discapacitat són: l'augment dels símptomes de malestar físic, o problemes de salut, l'alentiment i l'augment de la fatiga.

D'altra banda, els trets de personalitat s'aguditzen, augmenten els problemes de conducta per dificultats d'adaptació, disminueix l'interès a relacionar-se, majors probabilitats de desenvolupar trastorns de l'estat d'ànim i demències. Entre els trastorns mentals destaquen les demències i la depressió.

També cal dir que les persones majors amb discapacitat a causa de les seves característiques físiques, psíquiques i dèficits sensorials tenen un alt risc de sofrir les següents síndromes: síndrome de la immobilitat o hipoactivitat i caigudes.

En les persones amb discapacitat en procés d'envelliment s'ha d'intentar aconseguir el gaudiment del nivell màxim de salut.

Aquestes persones entren a l'etapa considerada com a envelliment amb unes actituds davant la discapacitat i les seves conseqüències tant físiques com socials o psicològiques, que ja han experimentat i assumit com a normal en etapes anteriors.

Es pot dir que les persones amb discapacitat quan comencen a viure l'etapa de la vellesa porten cert avantatge respecte aquelles persones majors que comencen a experimentar les diferents discapacitats en aquesta etapa i han d'aprendre a conviure-hi a partir d'aquest moment.

Un altre factor a tenir en compte és que aquest procés d'envelliment de les persones amb discapacitat sol recaure sobre pares i mares que també fan el seu procés d'envelliment. Això incrementa la vulnerabilitat de les famílies i les necessitats generals de suport del nucli familiar. Aquest fet suposa posar en marxa recursos i accions destinats a cobrir les necessitats d'aquesta situació.

És important esmentar que actualment, la societat té un escàs coneixement de l'envelliment de les persones amb discapacitat física i intel·lectual.

Els problemes de salut característics de la vellesa tenen una prevalença superior en el col·lectiu de persones amb discapacitat física i intel·lectual.

En general, els problemes de les persones amb discapacitat física i orgànica són molt semblants als de la resta de la població en els aspectes purament físics intensificats per la incorporació de noves limitacions (en el plànol ortopèdic, respiratori, de l'audició, de l'equilibri, etc.).

Poden aparèixer també alguns problemes de salut (ceguesa, sordesa, pèrdua d'equilibri i coordinació...) que poden anar associats a determinades síndromes o ser una conseqüència més de la lesió cerebral que va originar la discapacitat intel·lectual.

Tals situacions, que es poden manifestar en la primera infància o al llarg del cicle vital, tenen conseqüències de diferent consideració quan arriben a edats avançades. Hi ha estudis que demostren una major prevalença de determinades alteracions de la salut en síndromes específiques.

La **síndrome de Down**, per exemple, es caracteritza per un envelliment prematur i una esperança de vida entre deu i vint anys inferiors a la resta de la població amb discapacitat intel·lectual.

Pel que fa a les persones amb **paràlisi cerebral**, encara no s'han trobat estudis sobre les seves necessitats específiques en aquest cicle de la vida. La seva esperança de vida ha augmentat, malgrat que no es coneixen dades qualitatives concretes sobre aquestes persones en procés d'envelliment. En l'envelliment de persones amb paràlisi cerebral es



produeixen canvis biològics, fisiològics i socials que interactuen entre si evidenciant que s'ha d'abordar des de la perspectiva multidisciplinària.

La majoria dels individus amb paràlisi cerebral experimenten alguna forma de vellesa prematura quan arriben als 40 anys a causa de l'estrès i la tensió.

Aquestes persones s'enfronten a reptes de salut especials com aquells deguts a l'envelliment prematur per retards en el desenvolupament, depressió deguda a la falta d'estratègies per afrontar el pas del temps, síndrome postdeteriorament a causa de la quantitat d'energia que utilitzen quan es mouen, anormalitats musculoesquelètiques que poden produir deformitats, molèsties i dolor.

Cal tenir en compte que no totes les discapacitats tenen el mateix "grau d'antiguitat" com a grup social. Per exemple, en l'autisme les primeres descripcions es varen fer els anys 40 del segle XX. No obstant això, fins als anys 70 no es va incorporar l'explicació que caracteritza els trastorns de l'espectre autista. Per aquesta raó les primeres persones diagnosticades a Espanya d'autisme són en l'actualitat relativament joves i encara no han assolit edats molt avançades.

Pel que respecta al col·lectiu de persones amb discapacitat amb autisme d'Eivissa (que són encara relativament joves) les entitats vinculades a aquest sector haurien de desenvolupar actuacions que incrementessin el coneixement sobre les necessitats de les persones majors amb autisme i proporcionar-los respostes adequades. Aquestes respostes haurien d'afavorir la qualitat de vida i ajudar a aconseguir una vida plena i satisfactòria de les persones amb autisme.

Cal dir, que existeix molt poca informació sobre la situació i les necessitats de les persones adultes amb autisme, i encara menys sobre les persones d'aquest espectre que estan envellint. No es disposa de dades contrastades (estadístiques, estudis poblacionals...) ni a Espanya ni a les Balears ni tampoc existeix gaire informació en l'àmbit internacional.

En termes generals, es pot afirmar que els problemes de salut més freqüents en el col·lectiu de persones amb discapacitat durant el procés d'envelliment són:

- Osteoartropatia.
- Problemes bucodentals.
- Pèrdua d'agudes visual, ceguesa.
- Pèrdua d'agudes auditiva, sordesa.
- Incontinència urinària.
- Trastorns mentals.
- Problemes de confusió, demència.

- Hipercolesterolèmia.
- Diabetis.
- Hipertensió arterial.
- Sobrepès.

### 3. Estudi inicial realitzat

#### 3.1. Fonts d'informació

Per part de la Secció de Persones amb Discapacitat i Trastorn Mental Sever del Consell Insular d'Eivissa s'ha escollit una mostra d'11 persones, en edats compreses entre 50 anys, la més jove, i 64 anys la major.

Cal dir de la mostra, que 5 persones són de sexe femení i 6 de sexe masculí.

La persona més jove és una persona amb síndrome de Down, de 50 anys, de sexe femení que els últims anys ha tingut un procés de deteriorament important a nivell cognitiu.

La persona major té en l'actualitat 64 anys i és de sexe masculí. La discapacitat que pateix és a conseqüència d'una malaltia que patí durant la infància. Els trets més característics d'aquesta persona és que presenta una osteoartropatia important amb tendència a la hipoactivitat, incontinència i dèficit auditiu important.

Tenim dues persones amb síndrome de Down, una de 50 i l'altra de 63 anys, de sexe femení totes dues. Respecte a aquestes dues persones es considera que les dos estan sofrint un procés cognitiu i d'envelliment accelerat. La persona de 63 anys és la que està vivint un procés més ràpid i accelerat de deteriorament cognitiu.

Així doncs, ara passarem a parlar més específicament de la mostra.

Pel que respecte a les variables, segons l'edat, la mostra seleccionada és la següent:

50 anys	1 persona
53 anys	2 persones
55 anys	2 persones
57 anys	2 persones
59 anys	1 persona
61 anys	1 persona
63 anys	1 persona
64 anys	1 persona

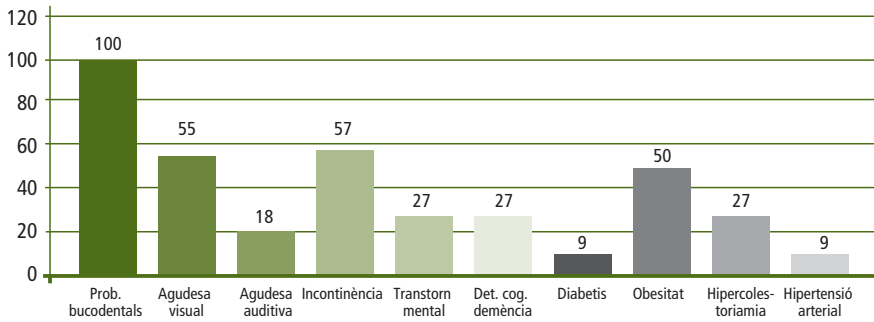
### 3.2. Resultats de l'estudi

En referència a aquesta mostra representativa hem fet un estudi de la incidència dels problemes de salut més freqüents que aquestes persones presenten en l'actualitat:

- Podem afirmar que el 100% de la població d'aquesta mostra representativa pateix problemes bucodentals. Un 27,7 % no presenta cap peça dentària.
- Pel que respecta a la pèrdua d'agudes visual, el 54,54% pateix problemes d'agudes visual importants. El 18,18% té ceguesa. El 18,18% d'aquesta ceguesa ha estat adquirida els darrers anys.
- Un 18,18 % també sofreix problemes d'agudes auditiva importants.
- El 56,6 % presenta incontinència. D'aquest 56,6%, un 18,18% pateix incontinència permanent i un 38,42% presenta incontinència ocasional.
- El 27 % de les persones que representen aquesta mostra pateix algun tipus de trastorn mental.
- També, un 27% d'aquesta mostra presenta un procés de deteriorament cognitiu, demència.
- Un 9% pateix diabetis.
- Un 27% pateix també hipercolesterolèmia.
- Un 9% pateix de hipertensió arterial.
- Un 50 % presenta obesitat.

Cal aclarir, que pel que fa als percentatges d'afeccions que estem esmentant, un nombre important dels membres que representen aquesta mostra pateixen més d'un problema o afecció. Així doncs, en termes de vellesa en referència a les persones amb discapacitat podem parlar també de "**pluripatologia**".

Si bé aquesta mostra és representativa per a la població que atenem des dels nostres centres, ens falta un estudi proper a la població de gent amb discapacitat que envelleixen a l'entorn familiar.

**Gràfic 1 | Gràfica segons patologia**

## 4. Programes d'atenció

Els programes que es duen a terme amb les persones amb discapacitats van destinats per una banda a prevenir l'aparició de certs problemes de salut i per altra al manteniment de les activitats bàsiques de la vida diària i del seu nivell cognitiu, intentant evitar el seu deteriorament.

A continuació, exposarem els diferents programes destinats a aquest col·lectiu.

### 4.1. A nivell de salut

#### 4.1.1. Programes de salut per a persones amb discapacitat

- Programes de Salut Mental (la persona que ho necessiti, visites periòdiques).
- Programes per prevenir o retardar l'aparició de l'Alzheimer.
- Programa d'atenció bucodental (visita rutinària a l'odontòleg un cop a l'any).
- Programes d'Atenció Mèdica Comunitària a les persones amb discapacitat (visites periòdiques i rutinàries).
- Programes de salut oftalmològica (visita rutinària oftalmòleg un cop a l'any).
- Programes de salut ginecològica (visita periòdica i rutinària al ginecòleg, independentment del tipus i grau de discapacitat que presenti la persona).

- Programa de detecció precoç de prevenció del càncer de mama (edats compreses entre els 50 i 69 anys, independentment del grau i tipus de discapacitat que tingui la persona).
- Programa de detecció precoç del càncer de còlon (homes i dones amb discapacitat en edats compreses entre els 50 i 69 anys, independentment del grau i tipus de discapacitat que tingui la persona).

#### **4.1.2. Programes de prevenció de caigudes**

#### **4.1.3. Programa de prevenció de la síndrome de la immobilitat**

#### **4.1.4. Ampliació de la quantitat i la varietat de recursos ortoprotètics**

- Aparells ortopèdics.
- Pròtesis auditives.
- Ajudes ortopèdiques.

Cal tenir en compte que per tal optimitzar els recursos s'han d'elaborar protocols específics d'atenció sanitària per a persones amb discapacitat, majors de 40 anys.

### **4.2. Descripció dels programes i activitats realitzats al centre de dia i residència de persones amb discapacitat psíquica de Can Raspalls**

#### **4.2.1. Programa d'estimulació cognitiva (Psicoestimulació)**

L'estimulació cognitiva no fa referència només a l'estimulació de les funcions superiors (memòria, atenció, llenguatge...) sinó també a nivell funcional, de llenguatge i comunicació, afectiu i relacional ja que el funcionament cognitiu humà no és independent de la resta de nivells.

**4.2.1.1. Estimulació de la memòria i de l'atenció:** la memòria i l'atenció són els processos cognitius en els quals es fa més evident el procés d'envelliment en les persones. L'atenció es veu afectada per la impulsivitat, la distracció, l'activitat motora excessiva, sota estat de consciència per somnolència, efectes secundaris de psicofàrmacs, hipoactivitat i que dificulten la percepció dels estímuls.

El que interessa és que la persona amb discapacitat interaccioni amb l'ambient i s'adapti millor al seu entorn. Per tant, és important entrenar el reconeixement visual d'objectes (fotografies, colors, formes, objectes simples com arbres, un cotxe, parament de la cuina, fruites, animals...), manipulació d'objectes familiars (eines bàsiques dels tallers de manualitats, d'on es guarden els materials de treball...), promoció d'aspectes bàsics de les cures personals (higiene dental, pentinar-se, menjar, presentar un bon aspecte...).

I a nivell d'atenció: afavorir l'atenció selectiva d'una conversa o de les instruccions verbals per realitzar una activitat, ajudar en l'escolta atenta, realitzar activitats de discriminació visual i auditiva, focalitzar l'atenció en parts del cos durant l'activitat de gimnàstica i en les sessions de relaxació, etc.

Tècniques:

- *Orientació a la realitat*: dirigida a reduir la desorientació i la confusió que derivades del deteriorament cognitiu, proporcionant informació verbal i visual adaptada a cada persona fent referència a diferents aspectes relacionats amb l'orientació temporal, espacial, personal i situacional. S'utilitzen imatges i paraules referides al dia en què estem (especialment si és un festiu, o un dia especial tipus aniversari, etc.), l'estació de l'any, quin temps fa, activitats que han fet al llarg del cap de setmana, noms de persones del seu entorn familiar o social, noms de llocs significatius, on estan, on viuen, rutines diàries, menú del dinar, etc.
- *Teràpia de la reminiscència*: evocar records a partir d'imatges, o de relats d'experiències viscudes, fets importants de la seva vida i família, de la gent del centre, d'activitats o de moments que ells han gaudit, etc. És una tècnica que sovint és difícil en persones amb discapacitat intel·lectual ja que sovint les seves experiències i vivències estan limitades per la seva pròpia discapacitat o per limitacions culturals i socials. Per tant, sovint s'ha de recórrer a situacions més o menys recents d'activitats d'oci i temps lliure (viatges, excursions, festes...) i vivències familiars intenses (naixements, bodes, reunions familiars...).

Les dues tècniques anteriors suposen utilitzar un llenguatge senzill, reclamar constantment l'atenció, utilitzar la proximitat i el contacte físic, suport i ajuda en l'expressió d'emocions i sentiments. L'objectiu final és crear un sentiment d'autovalidesa i augmentar l'autoestima.

En persones que pateixen un important deteriorament cognitiu, regular la informació sensorial no s'aconsegueix fàcilment. Mitjançant un programa d'activitats lúdiques i dirigides a l'estimulació de les àrees perceptives s'entrena la persona a discriminar les modalitats sensorials. Són fàcils de manipular, accessibles, estan a l'entorn social o natural més immediat de l'usuari o bé en espais habilitats com les sales d'estimulació multisensorial.

**4.2.1.2. Programes d'estimulació sensorial.** Dins el programa d'estimulació sensorial treballem les diferents àrees:

- *Àrea tàtil*: contacte amb diferents textures de materials, contrastos de temperatures, vibracions, massatges, canvis posturals, etc.

- *Àrea olfactiva/gustativa*: oferir experiències amb aromes i perfums, tastar aliments i fruites, etc.
- *Àrea visual*: percepció del propi cos en miralls, canvis de llum, discriminar estímuls concrets en imatges, etc.
- *Àrea auditiva*: discriminar sons ambientals (del carrer, del bosc, de gent...), d'eines conegudes, sons d'instruments, etc.

#### **4.2.2. Programa de manteniment del to físic**

Les persones amb discapacitat psíquica i especialment les que estan envellint solen tenir una escassa activitat física. Per tant, s'ha de tenir en compte en el desenvolupament d'un programa d'activitats físiques que estiguin adaptades a la persona, que no busquin la competència, sinó el caire lúdic i de divertiment que motivi la persona amb discapacitat a participar de l'activitat.

Les activitats físiques suposen una millora de la percepció del propi cos, genera sentiment de validesa, és inclusiva, millora la confiança i l'autoestima, es recuperen o mantenen funcions fisiològiques i s'estimulen els processos cognitius, així com aspectes fonamentals per a una bona qualitat de vida, potenciant la interacció entre les persones i les habilitats motrius en persones que tendeixen a ser hipoactives.

L'objectiu és afavorir el desenvolupament integral de la persona mitjançant activitats per potenciar la seva experiència motriu, social i emocional mitjançant el manteniment físic, la psicomotricitat i activitats a l'entorn natural (activitats a la mar i amb animals).

Activitats:

- Natació i hidroteràpia.
- Gimnàstica i activitats esportives adaptades.
- Sessions de relaxació i estimulació sensorial.
- Programa d'activitats a la mar. En el nostre centre s'ha participat a un programa comunitari anomenat "Un mar de posibilidades".
- Tractament fisioterapèutic grupal i individual.
- Adaptacions tècniques a la mobilitat.

#### **4.2.3. Reforç dels hàbits de la vida diària i activitats ocupacionals**

L'objectiu és mantenir rutines en les persones usuàries que els permetin ser més autònoms a nivell d'hàbits d'higiene, alimentació i en tasques bàsiques de la llar. Aquestes són:

- Que la persona col·labori en les tasques de mobilització: que camini unes passes, que es mantingui dret, que no tensi la musculatura...

- Que col·labori en les tasques d'higiene personal: que giri el cos, que aixequi els braços, que s'assegui al vàter, que posi les mans davall l'aixeta...
- Que col·labori en l'alimentació: que agafi el seu esmorzar, que agafi el got, que posi el plat damunt la taula, que se serveixi l'aigua, que agafi la forqueta o la cullera, que fixi l'atenció la mirada en la persona que li dona menjar...
- Que participi en rutines organitzatives del centre: posar en el penjador les seves pertinences, ajudar a parar taula...

Aquestes tasques també són formes de comunicació i per tant sempre s'han de tenir en compte aspectes com el contacte físic, la veu, la postura perquè la comunicació amb les persones amb discapacitat profunda sigui més efectiva.

Les activitats ocupacionals són tasques específiques que permeten la rehabilitació, el manteniment i l'adquisició de destreses motrius i manipulatives amb la finalitat d'una execució d'una tasca amb l'elaboració d'un producte o resultat final. Es pretén fomentar el sentiment de competència, capacitat i satisfacció personal de veure finalitzat un producte o tasques tals com: tallers de paper, de fang, de decoracions temàtiques per Nadal o canvis estacionals, de creativitat lliure, etc.

#### **4.2.4. Programa d'oci i temps lliure**

En les persones amb discapacitat l'oci i el lleure, suposa participar de tots els aspectes de la vida social i comunitària. La persona amb discapacitat que està envellint també ha d'adquirir experiències que millorin la seva qualitat de vida donant-li la possibilitat d'interactuar amb persones fora del centre, d'assistir a actes públics, de millorar la seva condició física així com gaudir d'activitats de lleure.

Els objectius bàsics són:

- Oferir un espai per a la igualtat.
- Desenvolupar interessos que generin benestar.
- Afavorir la lliure elecció de les activitats.

Respecte al ritme i interessos.

- Servir de respir per a les famílies.
- Aprofitar els espais naturals.
- Afavorir la participació social.



En el centre es realitzen sortides per al coneixement i ús de la comunitat: és sol acudir a actes culturals, concerts, festes de pobles, etc així com activitats organitzades dins l'àmbit del centre (celebració d'aniversaris, festes temàtiques, cinema, acampades...).

## 5. Conclusions

L'envelliment de les persones amb discapacitat és una realitat gràcies els avanços mèdics en el tractament de les patologies associades a la discapacitat psíquica i també als canvis en els estils de vida (alimentació, cures bàsiques, estimulació precoç, etc.) estan tenint una important repercussió en la longevitat de les persones amb discapacitat.

Davant aquesta realitat, ens hauríem de plantejar si disposem dels recursos especialitzats necessaris per donar l'atenció adequada que afavoreixin un envelliment més actiu i ple. S'haurien d'oferir recursos i serveis sociocomunitaris que permetin a les persones amb discapacitat l'accés a activitats adaptades a les seves necessitats: activitats ocupacionals, servei residencial, oci i temps lliure, etc.

D'altra banda, es podria suposar que si en les persones majors que no tenen una discapacitat el fet d'adoptar estils propis de l'envelliment actiu, una bona assistència sanitària, un bon manteniment físic i cognitiu, així com, una xarxa de relacions socials que repercuteixi en una major qualitat de vida també es podria fer la mateixa valoració per a persones amb discapacitat que estan envellint.

L'OMS recomana una sèrie d'actuacions a desenvolupar en qualsevol programa d'atenció i prevenció de l'envelliment en la població en general:

- Promoció de la salut i del to físic.
- Entrenament de les funcions cognitives.
- Desenvolupament afectiu i de les relacions interpersonals.
- Fomentar la participació social i el gaudiment de l'oci i temps lliure.
- Ajuda i suport als familiars.

Aquestes serien les estratègies a seguir per tal de promoure un envelliment actiu assolint nivells òptims de qualitat de vida.

Davant aquesta nova realitat, també sorgeixen nous reptes com és l'atenció i el suport a llarg termini, ja que en la mesura de que la persona amb discapacitat envellaix també ho fa el seu cuidador. Aquest fet implica la necessitat d'un major suport al nucli familiar per tal de que romanguin al domicili evitant l'alternativa residencial. L'estat de benestar haurà d'implicar les diferents institucions per tal d'impulsar programes de suport i

diferents ajudes que doni resposta a les necessitats d'aquest col·lectiu, així com de les seves famílies.

Les persones majors amb discapacitat s'enfronten a un doble repte: al del seu propi procés d'envelliment i la indiferència i obstacles de la societat que els envolta.

Un altre repte pels professionals que treballem amb aquest col·lectiu és veure la discapacitat i l'envelliment de les persones amb discapacitat que no acudeixen a cap centre i són ateses en l'entorn familiar.

Tot i que s'ha avançat molt, encara existeixen grans incògnites sobre com envelleixen determinades discapacitats (autisme), aquí s'obre la necessitat de nous estudis de coneixement d'una situació fins a les hores desconeguda. En conseqüència un cop es disposi de les conclusions s'haurà de dotar dels recursos, serveis i estratègies d'intervenció que possibiliti a atendre aquest grup de població com es requereix.

## Referències bibliogràfiques

*Enfermeria Comunitaria*. Antoni Frías Osuna. Editorial Masson.

*Enfermeria Geriátrica*. M. Pilar Torres Egea. Editorial Masson.

Guies de atenció mèdica a l'adult amb síndrome de Down de l'Organització Mèdica Colegial.

Llei d'ajuda a la dependència.

Articles acadèmics de la vellesa en persones amb discapacitat dels autors A. Palacios, E. Puga.

## Autors

### ANTONI RIBAS PRATS

És llicenciat en filosofia i lletres, especialitat de psicologia, per la Universitat de les Illes Balears, amb número de col·legiat B-02579. Des de l'any 2000 fins al 2003 va treballar com a monitor de laborteràpia en els tallers ocupacionals de persones amb discapacitat del Servei d'Atenció a Persones amb Discapacitat del Consell d'Eivissa. Des de 2003 fins a l'actualitat és psicòleg coordinador dels Tallers Ocupacionals de Cas Serres i Centre de Dia de Can Raspalls de Persones amb Discapacitat del mateix Servei abans anomenat. Ha realitzat diversos cursos de formació relacionats amb el treball amb infants i adults amb discapacitat: especialista universitari en atenció precoç de 0 a 6 anys, estimulació basal, modificació de conducta, d'intervenció en discapacitat psíquica i de dificultats d'aprenentatge.

### ANA ANDREU MAS

Diplomada Universitària en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears, any 1994. Des de 1996 fins l'any 2001, va treballar com a treballadora social a Càritas Diocesana d'Eivissa participant en diferents programes: Centre Betània i Menjador social. Seguidament, l'any 2001 fins l'any 2012 va treballar com treballadora social al Servei de Protecció de Menors al Consell Insular d'Eivissa i des de 2012 fins a l'actualitat exerceix com a treballadora social de la Secció d'Atenció i Tractament de les Persones amb Discapacitats i Malalts Mentals del Consell Insular d'Eivissa. També ha exercit com a tutora de pràctiques d'estudiants de Treball Social per a la UIB i d'Educació Social per la UB.

### BELÉN HERNÁNDEZ JIMÉNEZ

Diplomada Universitària en Infermeria per la Universitat Ramon Llull (Barcelona 1992 – 1995), Diplomada Universitària en Fisioteràpia per la Universitat Ramon Llull (1995–1998). Des de 1995 fins a l'any 1997 va treballar com a diplomada universitària en infermeria a l'Hospital de la Vall d'Hebron. Des de 1998 fins a l'any 2001 va exercir també com a diplomada universitària en infermeria a l'Hospital de Can Misses (Ib-Salut, Eivissa). Des del mes de juny de 2001 fins l'actualitat exerceix com a Diplomada Universitària en Infermeria en la Secció de Persones amb Discapacitat i Trastorn Mental Sever del Consell Insular d'Eivissa fins l'actualitat. Des del mes de gener de 2008 fins a dia d'avui col·labora també amb el CAD (Centre d'Atenció a Drogodependències) del Consell Insular d'Eivissa com a diplomada universitària en infermeria.

Des d'abril de 2008 fins a l'actualitat col·labora també en la impartició de diferents programes docents socio-sanitaris.

#### ANDREA RAMON CANDELA

Eivissa, 4 de novembre de 1979. Diplomada en Treball Social per l'Escola Universitària de Treball Social de Tarragona (Universitat Rovira i Virgili) el 2001. Treballadora social de la Secció d'Atenció i Tractament de les Persones amb Discapacitats i Malalts Mentals del Consell Insular d'Eivissa de novembre de 2002 fins a abril de 2012. Treballadora social del Consell Insular d'Eivissa a la Llar Eivissa, d'agost a octubre de 2012. Treballadora social a la Residència de Can Raspalls, del Consorci de Gestió Socio-sanitària des de desembre de 2012 fins a abril de 2013. Des de l'any 2013 fins a l'actualitat exerceix com a treballadora social al Servei de Protecció de Menors del Consell Insular d'Eivissa. Treballadora social i secretària a TOCU. Associació per a la promoció de l'autonomia, la salut i la qualitat de vida de les persones amb diversitat funcional des de gener de 2013 fins a l'actualitat. Assistència i participació al VIII Congrés Nacional Atenció Socio-sanitària. Presentació de la Comunicació Científica "Perfil de socios que no cumplen requisitos de edad en el Hogar Ibiza" i "Actividades Intergeneracionales en el Hogar Ibiza" com a comunicació pòster, octubre de 2012.

# LA PODOLOGIA I LA GENT GRAN

---

## La podologia i la gent gran

Calatina Galmés Ferrer

Paula Muñoz Tartalo

Josefa Marí Marí

## Resum

En plantejar-nos fer aquest treball pensam que la Podologia és una matèria, de vegades, oblidada en les persones majors, si bé és cert que un bon tractament en el que és la base de nostre sustento, els peus, és fonamental.

La Podologia és matèria universitària des de 1988, segons el Reial decret 649/1988, de 24 de juny, pel qual es van transformar els estudis de Podologia en primer cicle universitari conduent al títol de Diplomats Universitari en Podologia i es van establir les directrius generals pròpies dels corresponents plans d'estudi.

Actualment és una especialitat que segueix evolucionant, no obstant, això està alguna cosa aparcada en la cura de la nostra població major. La nostra experiència en un centre diürn de persones majors, a través d'una concessió de 8 anys del servei de Podologia, ha fet que es puguin perfilar de manera objectiva les necessitats de les cures dels peus dels nostres majors.

En aquests últims cinc anys s'han registrat al voltant d'unes mil consultes anuals, valorant-se les intervencions realitzades en aquest servei. També, s'han determinat les patologies més freqüents i determinants per l'edat i el sexe de la gent gran, així com la realització de consultes tant d'intervenció com de prevenció. Potser és el moment de plantejar-se que la Podologia ha de ser un servei de continuïtat en les persones majors, ja que repercutirà en la millora de la seva mobilitat i el seu benestar tant físic com a psíquic, donant així una millor qualitat de vida a aquest sector de la població. I, per tant, la Podologia deuria estar a l'abast de tots com un servei públic més.

## Resumen

Al plantearnos hacer este trabajo pensamos que la Podología es una materia, a veces, olvidada en las personas mayores, si bien es cierto que un buen tratamiento en lo que es la base de nuestro sustento, los pies, es fundamental.

La Podología es materia universitaria desde 1988, según el Real Decreto 649/1988, de 24 de junio, por el que se transformaron los estudios de Podología en primer ciclo universitario conducente al título de Diplomado Universitario en Podología y se establecieron las directrices generales propias de los correspondientes planes de estudio.

Actualmente es una especialidad que sigue evolucionando, sin embargo, está algo aparcada en el cuidado de nuestra población mayor. Nuestra experiencia en un centro diurno de personas mayores, a través de una concesión de 8 años del servicio de Podología,



ha hecho que se puedan perfilar de manera objetiva las necesidades de los cuidados de los pies de nuestros mayores.

En estos últimos cinco años se han registrado alrededor de unas mil consultas anuales, valorándose las intervenciones realizadas en este servicio. Se han determinado las patologías más frecuentes y determinantes por la edad y sexo de los mayores, así como la realización de consultas tanto de intervención como de prevención. Quizás es el momento de plantearse que la Podología tiene que ser un servicio de continuidad en las personas mayores, ya que repercutirá en la mejora de su movilidad y su bienestar tanto físico como psíquico, dando así una mejor calidad de vida a este sector de la población. Y, por tanto, la Podología debería de estar al alcance de todos como un servicio público más.

---

## 1. Introducció

### 1.1. Breu desenvolupament històric de la Podologia

La podologia (del grec ποδο-, podo: 'peu', i -λογία, \*logia, 'estudi'), ha estat present des de l'antic Egipte, ja que el tractament dels peus era una qüestió important, que es reflectia en les seves representacions pictòriques. Posteriorment, els metges grecs i romans tractaven i guarien amb cura les afeccions podològiques, així com també feien recomanacions per al calçat corrector. Des de l'edat mitjana fins al segle XVII, la podologia era tractada pels barbers, figura de caràcter ambulant que recorria els carrers per oferir els seus serveis. A partir del segle XVIII, a Espanya se'ls va obligar a especialitzar-se. En el transcurs del segle XIX es va iniciar un avanç significatiu de la podologia, ja que es considerava un servei necessari. Entre els canvis rellevants que es varen produir, la Llei de Moyano (1857) va modificar la titulació de ministrant per la de practicant, va determinar els seus coneixements i els va especificar tant per a l'art del callista com per a la del dentista. També, es va designar el callista com la persona que s'ocupava de la cura dels peus (calls, ungleres i altres malalties).

A partir del segle XX, a Espanya, la podologia és considerada una especialitat i, entre altres actuacions, es creà l'Associació General de Cirurgians Pedicurs, se substitueix el terme callista pel de podòleg, es constitueixen els col·legis professionals en les diferents autonomies, el 1988 mitjançant un Reial decret es regulen i es modifiquen els estudis d'aquesta matèria (que es converteixen en universitaris i encaminats a la Diplomatura en podologia) etc.

Així mateix, el 2003, la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries especifica que: "Els podòlegs realitzen les activitats dirigides al diagnòstic i

tractament de les afeccions i deformitats dels peus, mitjançant les tècniques terapèutiques pròpies de la seva disciplina”. En relació amb els estudis, el 2009 s’implanta el Pla Bolonya i aquests passen a ser de grau universitari. L’any 2009, mitjançant la Llei 28/2009, de 30 de desembre, es va modificar la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, per preveure la participació dels podòlegs (i infermers) en la prescripció de determinats medicaments, a més dels metges i odontòlegs com ja s’establia en la citada llei.

## 1.2. La podologia i la gent gran

Per a l’atenció integral de les persones majors hem de tenir en compte els serveis de Podologia. El tractament dels peus en la gent gran és especialment important, ja que aquests tenen un paper fonamental en la mobilitat i en el manteniment de l’equilibri, a més de suportar el pes del cos. Afortunadament, en l’actualitat, els majors li concedeixen bastant importància a aquest servei, ja que sofreixen amb freqüència problemes relacionats amb les alteracions patològiques dels seus peus. Molts de nosaltres recordem els nostres avis i àvies amb deformitats en els peus, els ulls de polla, els galindons i els penellons eren cosa habitual; no obstant això, des de fa dues dècades, el tractament dels peus en les persones majors ha canviat.

A les nostres illes, els serveis de podologia als centres geriàtrics o de persones majors són opcionals: externs o concertats. La primera residència geriàtrica a Eivissa va ser la Residència Reina Sofia, inaugurada el 1976. Posteriorment, el 1993, l’Hospital Residència Assistida Cas Serres (públic) va obrir les seves portes. Es va construir gràcies a un conveni entre l’INSERSO (ara IMSERSO), el Govern Balear i el Consell Insular d’Eivissa (abans també de Formentera). Els convenis de l’INSERSO amb aquestes residències ja preveien la figura del/de la podòleg/podòloga en aquest tipus de centres, si bé no especificaven si havia de ser personal propi de la residència o un servei extern concertat; el mateix ocorria en altres residències geriàtriques dins de la nostra mateixa comunitat autònoma.

El centre sociocultural d’estades diürnes Llar Eivissa, dependent del Consell Insular d’Eivissa, situat al centre de la ciutat d’Eivissa i inaugurat fa vint anys (en el qual actualment presten serveis les que subscriuim aquest treball), ha ofert a les persones usuàries, des dels seus inicis, un servei de podologia.

Quant a la regulació d’aquest servei, el mateix Reglament Intern de la Llar contempla en el seu article 15, entre altres, el de podologia (BOIB núm. 72, de 13/05/10).

Per la seva banda, el Decret 86/2010, de 25 de juny, pel qual s’estableixen els principis generals i les directrius de coordinació per a l’autorització i l’acreditació dels serveis socials d’atenció a les persones majors i persones amb discapacitat, i es regulen els

requisits d'autorització i acreditació dels serveis residencials de caràcter suprainsular per a aquest sector de població (BOIB núm. 99, de 03/07/10), modificat pel Decret 54/2013, de 5 de desembre (BOIB núm. 169, de 07/12/13), estableix, quant a les condicions funcionals de les residències d'àmbit suprainsular, que els centres han d'oferir serveis opcionals: "els centres, poden oferir serveis i atencions especialitzades i complementàries, com a perruqueria, podologia, etc., i també qualsevol altre servei que es consideri necessari per atendre a la persona usuària".

### 1.3. La cura dels peus: guarir versus cuidar

No guarirem la vellesa però sí cuidarem dels nostres majors, el mateix ocorre amb la cura dels peus. L'important és una bona prevenció, si bé, s'ha de tenir en compte que tots els peus no són iguals, per la qual cosa existeixen una sèrie de recomanacions generals per cuidar els peus i evitar possibles problemes severes mitjançant la cura diària. Ja el procés d'envellir porta amb si patologies sistèmiques com són de tipus circulatori, cardiovascular i endocrines (diabetis) La prevenció serà a través de la higiene i el calçat, ja que són els factors que més influeixen en possibles alteracions dels peus. La higiene en els peus haurà de ser diària i en finalitzar el dia després d'haver conclòs amb les activitats quotidianes. S'usarà sabó neutre amb aigua temperada i de cinc minuts, en alguns casos s'hauran d'usar sabons alcalins. Es realitzarà un bon assecat en els peus amb una tovallola suau i neteja sobretot entre els espais interdigitals, per evitar la humitat residual i, sense fregar la pell, s'hidratarà la pell amb preparats de lanolina o vaselina i si existeix excés de sudoració s'aplicaran pólvores de talc o substàncies antisèptiques. Quant al calçat, serà l'apropiat al peu i a l'activitat realitzada, i periòdicament els majors hauran d'acudir a un/a podòleg/podòloga. Per tant, dins de l'assistència geriàtrica integral, la cura dels peus en els majors és imprescindible, ja que és fonamental per a la seva mobilitat i equilibri.

## 2. Objectius

Els objectius proposats en aquest servei amb la finalitat d'aconseguir una assistència integral podològica geriàtrica i, així, constatar la necessitat del servei de podologia als centres de persones majors, han estat:

- **Limitar la invalidesa, la qual cosa suposa preservar al màxim la funció normal del peu.**
- **Augmentar el benestar, reduint la possibilitat de complicacions mèdiques per qualsevol malaltia podològica.**

- **Evitar o reduir en tant que sigui possible una possible hospitalització com a conseqüència d'una malaltia greu del peu.**
- **Eliminar part de l'esforç i la tensió provocada pel malestar del peu (ortesis plantars, silicones...).**

A més, realitzarem una guia pràctica i senzilla, amb la finalitat d'informar, recomanar i formar les persones usuàries tant dels serveis com dels centres, sobre les actuacions que han de realitzar per mantenir els seus peus sans.

### 3. Materials i mètodes

Abans d'entrar en els materials que hem usat en aquest treball creiem necessari descriure les patologies dels peus més freqüents que es donen en les persones majors.

#### 3.1. Descripció de les patologies més freqüents en la gent gran

Existeixen una sèrie d'alteracions per la patologia pròpia del peu:

*Les hiperqueratosis*, alteracions que es produeixen en el peu per petits traumatismes repetitius que es deuen a fortes pressions intermitents o pel frec del calçat i, segons on es localitzin, són:

- *El call o heloma*: és dolorós, petit i forma una arrel en enfonsar-se en la pell.
- *La duresa o callositat*: és l'acumulació de cèl·lules epitelials mortes; pot aparèixer en qualsevol part del peu, sobretot a la zona plantar a nivell del taló i cap del primer i cinquè metatarsià.
- *Els ulls de poll*: són les callositats majoritàriament interdigitals, la pressió en els dits del peu exercida per la sabata, existint el seu frec continu en caminar. És més freqüent en els majors amb mala posició dels dits.

Les alteracions dels dits més freqüents en la gent gran són:

- *Dits en martell*: existeixen diversos tipus de deformitats de diferent importància com són, entre unes altres, el "dit en arpa", "en coll de cigne", etc., alhora, se solen tenir altres alteracions del peu com el peu pla, el dit peu "cavo", etc.

- *Hallux valgus o galindó*: és la desviació cap a fora del primer dit i l'existència d'una tumoració dolorosa, acompanyada o no de bursitis, localitzada en la cara interna del cap del primer metatarsià, que pot arribar a ulcerar-se i infectar-se. Segons avança el procés, els altres dits, sobretot el segon, sofreixen modificacions transformant-se en "dit en martell", i existeix dolor en l'avantpeu per la sobrecàrrega. Ho produeix sobretot el calçat estret i punxegut, a part del factor hereditari.
- *Clinodactilies*: és quan els dits del peu es desvien per damunt i per sota, van acompanyades d'hiperqueratosis interdigitals.
- *Esperons calcaris*: dipòsits de calci que es localitza en els ossos dels peus. Amb freqüència destaquem l'esperó calcari.

Les alteracions estàtiques del peu segons sigui la gravetat i l'origen de la malaltia més freqüents són:

- *Peus plans*: generalment en els majors apareix per les alteracions de l'extremitat inferior secundàries a sobrepès o a artritis reumatoide o a fractures. El peu pla és un enfonsament de la volta plantar, normalment està associat a una desviació cap a fora del taló pel que fa a l'eix sagital del cos.
- *Peu "cavo"*: en les persones majors es produeix per una sobrecàrrega i apareixen dits en arpa i hiperqueratosis a la zona plantar i dorsal dels dits. El peu "cavo" és un arc plantar longitudinal d'altura excessiva recolzant-se sobretot en el taló i a la base de l'avantpeu.
- *Peu valg*: és la desviació cap a fora del peu pel que fa a l'eix sagital del cos produeix l'enfonsament de l'arc intern i un hipersuport en el cap del primer metatarsià que provoca en els majors un galindó.
- *Peu garrell*: és la desviació del peu cap a dins pel que fa a l'eix sagital del cos, sol produir una callositat o call en la falange del cinquè dit per augment de la càrrega en la part lateral externa.

Les ungles dels peus també reflecteixen el pas del temps, en els majors són trencadisses, dures i seques, això produeix una sèrie d'alteracions i les més freqüents són:

- *Ungles encarnades o ornicocriptòsiques*: solen tenir forma de teula, clavant-se les puntes en el rodet ungueal, sol ser a causa d'un incorrecte tall d'ungles o a una forta pressió del calçat.

- *Ungles hipertròfiques o onicogrifòsiques*: és un desproporcionat creixement de la unglia que produeix dolor i comporta formes grotesques.
- *Onicomycosis* com a cànrides o tnyes.
- *Berruga plantar*: lesió produïda pel papil·loma virus.

Per finalitzar, podem manifestar que aquestes alteracions dels peus en la gent gran els produeixen discapacitat funcional, la qual cosa comporta la limitació de la seva activitat, a tenir menys confort i més dolor incidint en el seu benestar i qualitat de vida, en el dia a dia.

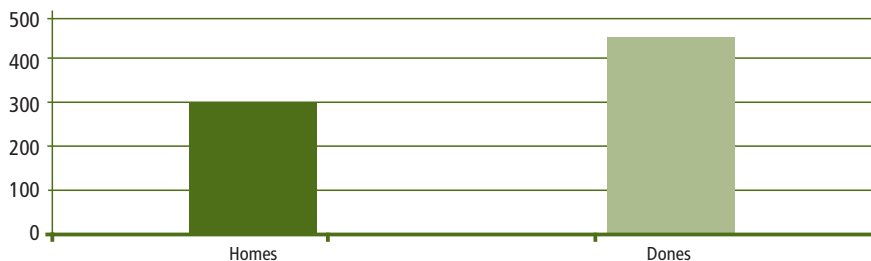
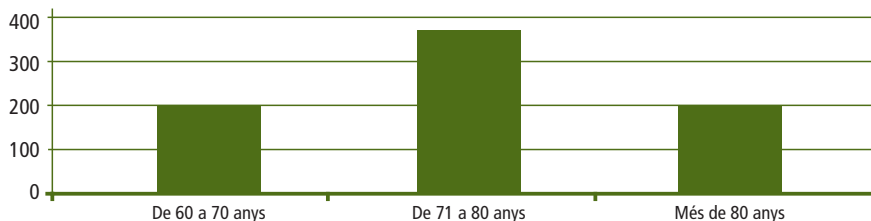
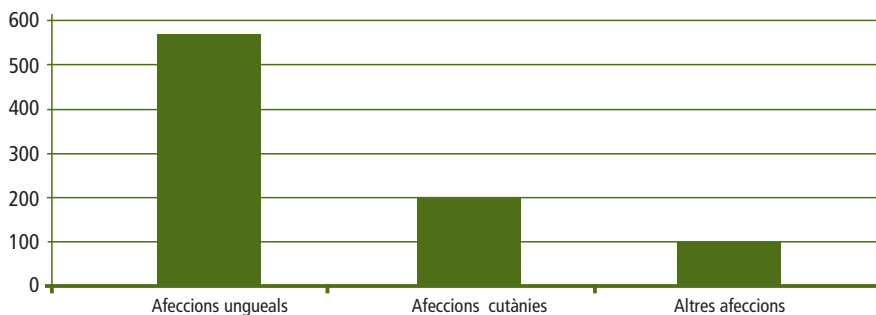
### 3.2. Registre de las visites podològiques a la Llar i a l'HRA Cas Serres

La podologia al món de la geriatria és essencial en la qualitat assistencial de les persones majors. A poc a poc aquesta població demanda més aquest servei, ja sigui per tractar qualsevol problema cutani, ungueal, ossi, etc. o simplement per la impossibilitat de poder arreglar-se elles mateixes. Amb el pas de temps cada vegada els peus són els "més oblidats del cos" i la zona que més s'hi allunya, resultant molt complicat o gairebé impossible accedir-hi, la qual cosa requereix major dependència i ajuda.

El ritme de vida de la societat avui dia, de vegades, no permet a les famílies que es presti l'atenció adequada a les persones majors i en concret a actuar sobre la cura dels seus peus. La importància d'un centre que els proporcionï salut podològica, a prop i assequible, es converteix en tranquil·litat i benestar per a aquestes persones. Ja no han de molestar els seus familiars i poden acudir a un/a professional que els atengui i on trobin alleujament del dolor i, per tant, major benestar.

En aquests serveis, tant a la Llar Eivissa com a la Residència Cas Serres, es valora la persona, es tracta, s'educa es prevé i es deriva a altres professionals, si escau.

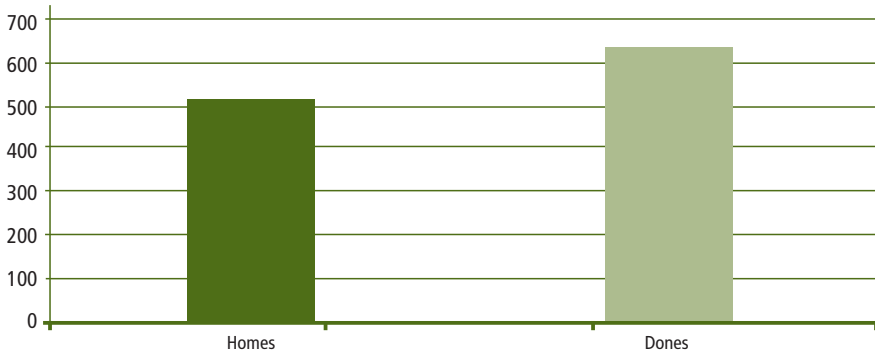
Seguim la mateixa metodologia que presentem en el pòster del Primer Congrés de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia (2008). Aquell any es varen valorar 760 consultes de les persones sòcies que varen acudir a la Llar Eivissa, dels quals un 60% varen ser dones i un 40% van ser homes d'edats compreses entre 60 i 97 anys. Les patologies podològiques més freqüents varen ser, entre altres, alteracions de les ungles, hallux valgus, talàlgies, papil·lomes, alteracions dèrmiques, deformacions, pèrdua de teixit adipós... i, és per això que el 2008 varen quedar representats gràficament les dades de la manera següent:

**Gràfic 1 | Sexe****Gràfic 2 | Edat****Gràfic 3 | Patologies**

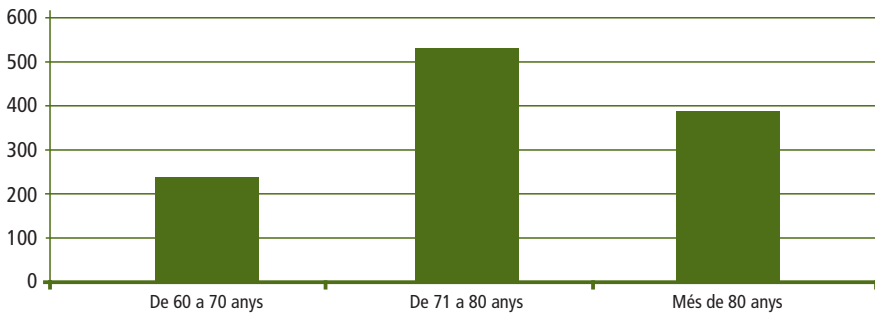
Gràfics: Elaboració pròpia

En el 2014 es van valorar 1.150 visites podològiques generals en la Llar i en HRA Cas Serres, dels quals un 55% van ser dones i un 45% van ser homes, d'edats compreses entre 60 i 95 anys, si bé l'assistència d'usuaris/as entre 70 a 80 anys va ser menor que al 2008. Com en anys anteriors, les patologies podològiques més freqüents van ser, entre unes altres, alteracions de les ungles, hallux valgus, talàlgies, papil·lomes, alteracions dèrmiques, deformacions, pèrdua de teixit adipós.... i, com a resultat d'aquestes dades, queden representats gràficament de la forma següent:

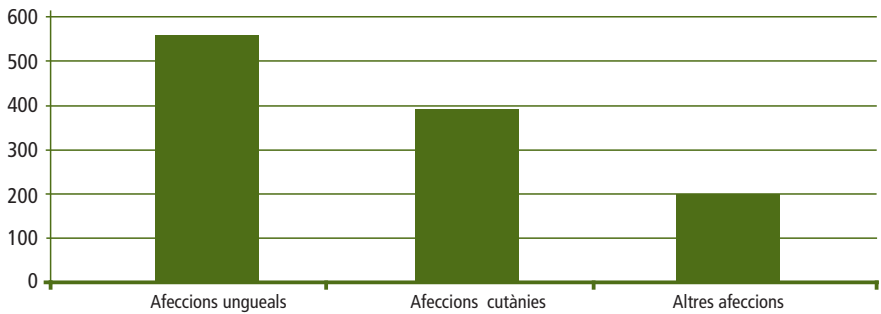
**Gràfic 4 | Sexe**



**Gràfic 5 | Edat**



**Gràfic 6 | Patologies**



Gràfics: Elaboració pròpia



## 4. Resultats

S'observa que en el transcurs d'aquests anys existeix una mitjana de 25 a 30 visites podològiques setmanals, per la qual cosa aquest servei és una necessitat evident. Com s'ha pogut comprovar en els gràfics de 2014 existeix un augment d'hommes que acudeixen a les consultes podològiques, a més, s'han incrementat el nombre de visites de persones usuàries que tenen més de vuitanta anys, finalment, quant a les patologies, s'observa que existeix un nombre major de les alteracions cutànies, pràcticament el 90% de les visites tenen afeccions ungueals.

Pel que fa referència a l'HRA Cas Serres les actuacions podològiques són menors a causa de diversos factors: 1. La gent gran passeja menys i requereix menys el servei. 2. Disposen de personal sanitari (auxiliars de clínica) que els ajuden. 3. Quan es detecta la necessitat s'ha de contactar amb la família per realitzar el servei.

De vegades no existeix patologia notable, simplement la necessitat que el/la professional els ajudi arreglar-los les seves ungles, perquè manquen de flexibilitat i tenen minvades les seves habilitats físiques.

Cada vegada veiem més les persones usuàries majors en el servei de podologia, per tant, els seus peus estan més cuidats i això repercuteix en el seu benestar físic, psíquic i social; és un bon paràmetre de salut.

## 5. Conclusions

La podologia és una disciplina sanitària en continu avanç, els principals problemes que afronten les persones professionals són els derivats del canvi d'hàbits socials de la ciutadania, tals com l'augment de les patologies a causa de l'envelliment de la nostra societat, els canvis produïts per una major incidència de determinades malalties, riscos relacionats amb els estils de vida, accidents laborals, de trànsit, així com l'augment de situacions de cronicitat en patologies sistèmiques com la diabetis.

A poc a poc s'observa com hi ha més demanda d'aquest servei per part d'aquest sector de la població.

La podologia no només tracta, sinó que prevé i educa, així que en aquesta etapa vital una bona salut podològica pot contribuir notablement a una millor qualitat de vida dels nostres majors.

Això fa pensar que les necessitats d'atenció podològica de la societat aniran en augment, per això la importància dels professionals en centres d'àmbit social i sanitari, on hi ha bona accessibilitat, en residències on conviuen i resulta més complicat la sortida a consultes privades i fins i tot es veurà la necessitat que aquest servei de podologia pugui convertir-se en un servei públic més.

Desitgem subratllar que algunes patologies que eren freqüents en els peus, ara les veiem esporàdicament, si bé és cert que:

*Amb la vellesa els peus es van allunyant cada vegada més del cos.*

En definitiva, acudir al/a la podòleg/podòloga periòdicament és saludable i necessari.

## Referències bibliogràfiques

Consell Insular d'Eivissa 2008 i 2014. *Memòries*.

Galmés F., C., Marí M., J., Rivero M., V., (2009). *La Podologia geriàtrica: un recurso social dentro del Hogar Eivissa*. I Congrés de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia. Palma (Mallorca).

Herbaux, I., Blain, H. i Jeandel, C. (2007). *Podologia geriàtrica*. Barcelona: Paidotribo.

López L., D., García M., R., Alonso T., F. i López L., L.. *Análisis de la Prevención Podológica. Un estudio a través de Internet*. Recuperat el 8 de juny de 2015, de <http://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/viewFile/39315/37887>.

Moreno de la Fuente, J.L. (2009). *Podologia general y biomecánica*. Barcelona: Elsevier-Masson.

Piédrola, G. (2008). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Elsevier-Masson.

Podologia. Recuperat el 10 de juny de 2015, de <https://es.wikipedia.org/wiki/Podologia> %C3%ADa.

## Autores

### CATALINA GALMÉS FERRER

Diplomada en Infermeria per l'Escola Universitària Creu Roja de Terrassa a Barcelona, 1999, centre adscrit a la Universitat Autònoma de Barcelona.

Diplomada en Podologia per la Fundació Universitària del Bages de Manresa a Barcelona, 2002. Des de 2002 fins a 2008 va treballar com infermera a la residència de gent gran Reina Sofia a Eivissa. A partir de 2008 fins a l'actualitat és la titular de la concessió del Servei de Podologia de la Llar la Pau, Llar Eivissa, centre de trobada per a la gent gran, i de l'Hospital Residència Assistida Cas Serres, entitats que pertanyen al Consell Insular d'Eivissa. A més, en la seva consulta particular de podologia atén també aquest sector de la població. Ha realitzat cursos de especialització del món de la Gerontologia, entre altres, "Patologies específiques i fisiològiques de la vellesa" i "Especialización de gerocultores"; així mateix, ha assistit a jornades nacionals d'Infermeria i Podologia.

### PAULA MUÑOZ TARTALO

Diplomada en Educació Social per la Universitat Nacional a Distància (UNED), 2009. Màster en Intervenció en qualitat de vida de persones grans, UNED, 2012-2013. Postgrau en Educació de persones adultes, UNED, 2011. Ha treballat com a Educadora Social, Serveis Socials d'Atenció Primària de l'Ajuntament de Santa Eulària del Riu. Treballa al Consell Insular d'Eivissa, a l'administració general i, actualment, a la Llar la Pau, Llar Eivissa, centre de trobada per a la gent gran. Ha assistit i participat a jornades i congressos nacionals relacionats amb la gent gran dins de l'àmbit social i educatiu, així com també ha realitzat cursos vinculats a aquest sector de la població i dins dels mateixos àmbits.

### JOSEFA MARÍ MARÍ

Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona. Metgessa especialista en medicina familiar i comunitària. Metgessa especialista en nutrició per la Universidad de Buenos Aires. Especialista universitària en Gestió Sanitària per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Gerontologia Social per la Universitat de Barcelona. Ha realitzat cursos relacionats amb el món de la Geriatria i Gerontologia, i de Gestió, així com ha assistit i participat en congressos nacionals relacionats amb el món de la Geriatria i Gerontologia. Des de 1990, metgessa del Consell Insular d'Eivissa on ha ocupat diferents càrrecs, a dia d'avui és la responsable de la Llar Eivissa i de la Unitat de Valoració del Consell Insular d'Eivissa.



**PAPER DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN  
L'AUTONOMIA DE LES PERSONES GRANS.  
UNA APROXIMACIÓ A LES ILLES BALEARS**

---

# **Paper del terapeuta ocupacional en l'autonomia de les persones grans. Una aproximació a les Illes Balears**

Edith Pérez Hernández  
Tania Gutiérrez Inguanzo  
Carolina Quiroga Parada  
Gloria Cardenal Félix

## Resum

El present article pretén mostrar l'abordatge terapèutic des de la disciplina de la teràpia ocupacional en l'atenció a les persones grans en plans d'actuació com la promoció de l'autonomia i la independència ocupacional, l'envelliment actiu i la prevenció del deteriorament funcional. En tots ells, els terapeutes ocupacionals encaminen les seves bones pràctiques clíniques cap a la recerca de l'autonomia, la funcionalitat, l'apoderament de la salut i el benestar de la persona gran en els diferents dispositius socio-sanitaris de les Illes Balears. Al llarg del text, s'explicarà com és el full de ruta del treball dels terapeutes ocupacionals en aquests dispositius, així com el seu paper en els equips interdisciplinaris d'atenció a les persones grans.

L'objectiu principal del terapeuta ocupacional és recuperar i/o mantenir els nivells d'independència funcional i l'autonomia possible de la persona gran, en les diferents àrees d'acompliment ocupacional conformades per activitats de la vida diària. Per a això, el terapeuta ocupacional estableix unes pautes de treball que van des de processos d'avaluacions formals i estructurades, que aporten informació clínica pertinent al cas, fins a la planificació de pautes de tractament que facilitin, rehabilitin, compensin i/o mantinguin les capacitats funcionals de les persones grans amb limitacions en el seu acompliment ocupacional.

Tal i com apunten Reed i Sanderson (1999) en la intervenció amb la persona gran, el terapeuta ocupacional redirigeix la seva praxi, tot intentant prevenir i reduir les interrupcions i les incapacitats de la conducta ocupacional que resulten d'aquest procés d'envelliment o de malalties en concret.

## Resumen

El presente artículo pretende mostrar el abordaje terapéutico desde la disciplina de la terapia ocupacional en la atención a las personas mayores en planes de actuación como la promoción de la autonomía e independencia ocupacional, el envejecimiento activo y la prevención del deterioro funcional. En todos ellos, los terapeutas ocupacionales encaminan sus buenas prácticas clínicas hacia la búsqueda de la autonomía, la funcionalidad, el empoderamiento de la salud y el bienestar de los mayores en los distintos dispositivos socio-sanitarios dispuestos en las Islas Baleares. A lo largo del texto, se mostrará cual es la hoja de ruta del trabajo de los terapeutas ocupacionales en estos dispositivos, así como su papel en los equipos interdisciplinarios de atención al mayor.

El objetivo principal del terapeuta ocupacional es recuperar y/o mantener los niveles de independencia funcional y la autonomía posible del mayor, en las distintas áreas de desempeño ocupacional conformadas éstas por actividades de la vida diaria. Para ello,



el terapeuta ocupacional establece unas pautas de trabajo que van desde procesos de evaluaciones formales y estructuradas, que aportan información clínica pertinente al caso, hasta la planificación de pautas de tratamiento que faciliten, rehabiliten, compensen y/o mantengan las capacidades funcionales de las personas mayores con limitaciones en su desempeño ocupacional.

Tal y como apuntan Reed y Sanderson (1999), en la intervención con el mayor, el terapeuta ocupacional redirige su praxis intentando prevenir y reducir las disrupciones y las incapacidades de la conducta ocupacional que resultan de este proceso de envejecimiento o de enfermedades en concreto.

## 1. Introducció

La visió actual de la teràpia ocupacional en geriatria centra la seva intervenció en aquells problemes físics, psíquics i socials, que poden limitar la participació de les persones grans en les activitats del seu dia a dia, amb la meta última d'aconseguir el nivell màxim d'independència possible. D'aquesta manera, la persona aconseguirà un òptim nivell de funcionalitat ocupacional en l'execució de les activitats bàsiques de la vida diària (d'ara endavant AVD), així com l'acompliment dels seus rols de manera satisfactòria, amb motivació i amb qualitat de vida, en el seu entorn domiciliari.

No cal perdre de vista la creació de residencials geriàtriques i centres d'estades diürnes com a alternativa assistencial, a causa de la situació i el nivell de dependència d'una part de la població gran i les actuals circumstàncies socioeconòmiques, tant del nostre país com de les persones i famílies. En tots aquests dispositius sociosanitaris, de caràcter públic o privat, el terapeuta ocupacional és un perfil professional important en els equips de professionals d'atenció directa a la persona gran, als quals aporten una formació i una visió global de coneixements en els camps físic, psíquic i social en l'abordatge de les problemàtiques de la població més gran. El fet que la pedra angular de les praxis en teràpia ocupacional siguin les ocupacions que conformen el dia a dia i donen un sentit a la vida, exigeix als terapeutes ocupacionals fonamentar el seu treball en aquells models propis de la professió que no només guiïn la comprensió de com les persones trien, experimenten i realitzen les seves ocupacions, sinó que també ofereixin el coneixement íntim dels problemes a què s'enfronten les persones en situacions de disfunció ocupacional, tot proporcionant, segons Kielhofner (2011), procediments per a la pràctica professional, protocols, metodologies i recursos per a l'avaluació i la intervenció sobre l'individu i el seu entorn.

És a través del desenvolupament d'activitats significatives que s'aconsegueix adquirir, mantenir i millorar el benestar físic, psicològic i social de la persona gran. L'ocupació

actua com a agent precursor del benestar i la salut, ja que la pèrdua de salut disminueix significativament la capacitat per comprometre's en l'activitat. Així mateix, la falta d'ocupació interfereix negativament en la salut de l'individu.

A les Illes Balears, la majoria dels professionals de la teràpia ocupacional exerceixen la seva professió en recursos assistencials dirigits a la població gran, com establiments residencials, centres d'estades temporals (centres de dia) i institucions hospitalàries en totes les seves variacions (hospitals generals, de dia, geriàtrics, psiquiàtrics, entre d'altres), i s'enfronten en el dia a dia a un nou repte professional i personal, sempre amb la finalitat de mantenir el màxim nivell de funcionalitat i autonomia de la persona gran. En l'estudi realitzat actualment pel Col·legi Oficial de Terapeutes Ocupacionals de les Illes Balears (COTOIB), el 50% dels terapeutes treballen en centres de dia i hospitals i el 40,91% en residències.

## 2. Principis bàsics reguladors de la professió

La teràpia ocupacional és una professió sociosanitària que, a través de la valoració de les capacitats i els problemes motors, sensorials, cognitius i socials de l'individu, intervé amb un adequat tractament i tracta de capacitar-lo per tal d'aconseguir el major grau d'independència possible en la seva vida diària, contribuint a la recuperació de la seva malaltia i/o facilitant l'adaptació a la seva discapacitat.

L'instrument d'actuació del terapeuta ocupacional és l'ocupació, és a dir el conjunt d'activitats i tasques de la vida quotidiana a les quals els individus i les diferents cultures donen nom, una estructura, un valor i un significat.

Per ocupació ens referim a l'acompliment de les activitats de la vida diària que conformen els hàbits i les rutines del nostre dia a dia. Totes aquestes activitats estan ordenades en categories anomenades àrees ocupacionals (vegeu la taula 1):

**Taula 1** | Àrees d'ocupació

Àrees ocupacionals	Activitats de la vida diària	
Activitats de la vida diària	<b>Cura personal</b> - Higiene (bany) - Vestit - Arranjament personal - Alimentació (deglució - autoalimentació) - Continència - Utilització WC	<b>Mobilitat funcional</b> - Transferències - Mobilitat al llit (volteig i arrossegament) - Deambulació - Pujada/baixada d'escales - Mobilitat funcional amb cadira de rodes

*continua*

Àrees ocupacionals	Activitats de la vida diària
Activitats instrumentals de la vida diària	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestió de la comunicació (comunicació funcional, maneig del telèfon...)</li> <li>- Preparació menjar i neteja</li> <li>- Cura dels altres - nens - mascotes</li> <li>- Gestió i manteniment de la salut (rutina dels medicaments)</li> <li>- Ús de la gestió financera (maneig de diners)</li> <li>- Establiment-gestió de la llar (obtenir i mantenir les possessions personals i de la llar i mantenir l'entorn de la llar)</li> <li>- Maneig del telèfon i compres</li> <li>- Pràctica de la religió</li> <li>- Mobilitat per la comunitat (maneig del transport)</li> </ul>
Descans i son	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descansar</li> <li>- Dormir</li> <li>- Participació en el somni</li> </ul>
Educació	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participació en l'educació formal e informal</li> <li>- Exploració de les necessitats educatives informals o d'interessos personals</li> </ul>
Treball	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recerca i adquisició de feina</li> <li>- Rendiment en el treball</li> <li>- Exploració i participació en voluntariat</li> <li>- Preparació i ajust per a la jubilació</li> </ul>
Joc	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploració i participació en el joc</li> </ul>
Oci i temps lliure	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploració i participació en l'oci</li> </ul>
Participació social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participació en la comunitat - família - amics</li> </ul>

Font: Elaboració pròpia a partir del *Marc de Treball per a la Pràctica de Teràpia Ocupacional: domini i procés* (2a ed.). Associació Americana de Teràpia Ocupacional.

El fet d'incloure una activitat de la vida diària en una o altra categoria dependrà de les necessitats i els interessos de la persona gran. Per exemple, una persona pot percebre rentar la roba com una activitat de treball, mentre que una altra pot considerar-la com una activitat instrumental de la vida diària. O en el cas de fer-se el menjar, un individu pot interpretar-ho com una activitat instrumental de la vida diària necessària en els seus hàbits diaris i una altra no donar-li valor ja que tots els dies fa les menjades en un restaurant.

### 3. Funcions del terapeuta ocupacional en els dispositius socio-sanitaris d'assistència a la persona gran

El terapeuta ocupacional, com a professional socio-sanitari inclòs en els equips interdisciplinaris d'atenció a les persones grans en recursos gerontològics i, donant resposta a les diferents necessitats de les persones grans i els seus familiars, desenvolupa les següents actuacions:

- Valorar el comportament ocupacional alterat de la persona gran. Això requereix un procés d'avaluació exhaustiva que identifiqui les variables causants de la minva de la capacitat funcional i la dependència de les activitats de la vida diària.
- Revisar els plans d'intervenció i del procés, així com del progrés respecte dels resultats esperats. Per a això es realitzaran avaluacions periòdiques amb el propòsit d'actualitzar els programes d'intervenció i es planificaran, així, accions futures amb la persona gran.
- Dissenyar i implementar plans d'intervenció personalitzats i individualitzats, que recullin els objectius de treball, els enfocaments i els tipus de tècniques de tractament. És aquí on cobra importància la selecció adequada d'activitats significatives i amb propòsit que ajudin al manteniment de les capacitats físiques, cognitives i socials de la persona gran.
- Registrar els serveis prestats i la informació clínica dels usuaris del servei.
- Formar part d'un equip interdisciplinari, tant en reunions de valoració, com en les de disseny de plans personals d'atenció i de revisions de casos.
- Col·laborar amb la resta de professionals en el disseny organitzatiu del centre.
- Redactar informes per a altres departaments, institucions o professionals especialistes.
- Participar activament en iniciatives d'investigació dutes a terme en els diferents recursos.
- Participar en activitats de formació i docència.

#### 4. Avaluació ocupacional geriàtrica

La valoració ocupacional geriàtrica és un procés d'avaluació clínica que forma part de la valoració geriàtrica integral i que aporta informació detallada sobre l'acompliment ocupacional de la persona gran en les diferents àrees ocupacionals.

La detecció d'aquells dèficits que poden estar limitant l'execució satisfactòria de les activitats de la vida diària per part de la persona gran converteix la valoració ocupacional en un aspecte central en moments tan decisius com l'alta hospitalària o el trasllat a un altre recurs assistencial més apropiat.

Diversos són els instruments de recollida d'informació i eines (estandarditzades i no estandarditzades) utilitzats pel terapeuta ocupacional (com l'observació directa, estructurada i clínica de l'acompliment ocupacional de la persona gran en contextos reals).

A través de tots ells, es fa una selecció de les dades clíniques més rellevants que serveixen de guia a l'hora de personalitzar els objectius de tractament i articular les línies de treball per assegurar, així, l'èxit de la intervenció.

Al llarg de tot el procés de treball terapèutic, sempre s'ha de vetllar pels drets de la persona gran i atendre les seves preferències i els seus desitjos, els quals ajudaran a reforçar el compromís de les persones grans amb les seves tasques diàries.

L'objectiu és recaptar dades sobre els problemes actuals i potencials que pot presentar la persona gran. La mostra obtinguda ha d'ajudar, en gran mesura, a establir un diagnòstic ocupacional mitjançant el qual s'organitzaran els problemes funcionals, els dèficits d'acompliment, les àrees ocupacionals afectades i les necessitats i/o prioritats del pacient.

De la mateixa manera, paràmetres com l'entorn, físic i social; els contextos, cultural, personal, temporal i virtual, i les demandes inherents a l'activitat ocupacional, en què es presenten limitacions que comprometen en la mateixa mesura la realització de forma independent de les AVD, són tinguts en compte al llarg del raonament clínic.

## 5. Enfocaments d'intervenció ocupacional geriàtrica

La teràpia ocupacional és una disciplina bàsica i fonamental en geriatría. Les seves línies de treball es desenvolupen en funció de l'enfocament del treball seleccionat:

- **Enfocament preventiu:** persegueix el manteniment de la salut, la promoció de l'autonomia i la prevenció de la discapacitat. Un tractament preventiu correcte no només ha de reduir el risc de patir malalties entre la població gran o reduir els factors de risc que les produeixen, sinó que, a més, ha d'ajudar a aturar-ne l'avançament i a atenuar les conseqüències d'aquestes malalties un cop establertes.
- **Enfocament de manteniment:** permet a la persona gran preservar les seves capacitats d'acompliment en totes les AVD i continuar complint amb les necessitats de les seves ocupacions diàries.
- **Enfocament compensador:** es caracteritza per l'ús d'estratègies, tècniques i productes de suport que ajudaran l'individu a compensar la incapacitat residual que no pot ser millorada.
- **Enfocament rehabilitador:** busca habilitar/rehabilitar el nivell funcional de la persona gran en el desenvolupament de les activitats diàries, tot recuperant el major compliment possible en el seu entorn real a través de l'entrenament i la millora de les funcions corporals.

És imprescindible que l'equip d'atenció sociosanitària treballi des d'una línia transdisciplinària a favor d'una millora integral de la persona gran, per reforçar, d'aquesta manera, els èxits d'independència ocupacional assolits per la persona des del Departament de Teràpia Ocupacional.

## 6. Autonomia i independència ocupacional de la persona gran

El terapeuta ocupacional dissenya, elabora i implementa programes que van dirigits a la població gran; així, el programa d'activitats de la vida diària n'és el pilar. L'execució d'aquestes activitats posa en marxa destreses sensorials, motrius, cognitives i comunicatives alhora que reforça el manteniment d'hàbits i rutines que afavoreixen l'automatització de les activitats i vertebrèn la vida quotidiana de la persona gran. En les situacions de dependència, les rutines es veuen alterades, la qual cosa dona lloc a un desequilibri i una desorganització de les ocupacions que, en ocasions, accelera el progrés de deteriorament físic i cognitiu de la persona.

Les activitats de la vida diària en què habitualment la persona gran presenta més dificultat d'execució són les activitats bàsiques, com la dutxa, la mobilitat funcional (transferències, mobilitat al llit i pujar-baixar escales) i activitats instrumentals, com la preparació del menjar.

L'ensenyament de moviments compensatoris, l'educació gestual i l'entrenament en l'ús de productes de suport que ajudin a millorar la funció en les tasques són estratègies pròpies d'intervenció del terapeuta ocupacional.

Fernández i Moreno (2005) assenyalen que les limitacions més freqüents trobades, en l'entorn habitual de la persona gran, són les dificultats relacionades amb la maniobra, dificultats per salvar desnivells, dificultats per agafar o atènyer objectes en diferents plans, dificultats d'orientació espacial, percepció i recerca d'informació en l'entorn.

És important optimitzar les funcions cognitives residuals a través del manteniment independent d'aquelles activitats de la vida diària que conformen els hàbits i les rutines diàries de la persona gran; així com crear un ambient d'aprenentatge càlid i familiar que no l'intimidí; és important, també, donar l'oportunitat que controlí el seu temps i que desenvolupi les tasques, tot intentant generalitzar en la seva vida quotidiana el que ha après durant les sessions de tractament. Això ajuda a enfortir la confiança de la gent gran i les seves expectatives d'èxit en les activitats de la vida diària.

Totes les tècniques i estratègies de treball del terapeuta ocupacional estan planificades en programes d'intervenció ocupacional. Aquests programes són formulats i classificats

de manera diferent en funció de la dinàmica de treball i d'organització dels diferents recursos assistencials. Els plans de treball més freqüents dirigits i liderats pels terapeutes ocupacionals per millorar l'autonomia de la població més gran en aquests dispositius són: el programa d'entrenament de les activitats de la vida diària, el programa d'entrenament funcional, el programa de productes de suport i confecció de fèrules, el programa de psicoestimulació orientat a l'exercici de les activitats de la vida diària, els programes d'intervenció psicomotriu i prevenció de caigudes, programa d'economia articular, conservació d'energia i higiene postural, el programa d'activitats educatives, manuals, creatives i socioculturals, el programa d'intervenció amb famílies i el programa d'intervenció ambiental per facilitar entorns accessibles. Tots ells permeten que la persona gran sigui capaç d'envellir de manera segura i amb una millor qualitat de vida.

## 7. Estudi sobre l'atenció directa a les persones grans a les Illes Balears. Maig 2015

A continuació es presenta un estudi que reflecteix la situació actual de l'atenció de les persones grans a les Illes Balears des d'un enfocament assistencial de la teràpia ocupacional.

### 7.1 Metodologia i mostra

Es tracta d'un estudi de tipus exploratori que mostra la dinàmica de treball actual dels terapeutes ocupacionals en l'atenció directa de les persones grans, usuàries de recursos assistencials a les Illes Balears. És un estudi transversal, de tipus observacional i prospectiu. Les dades s'han obtingut prenent com a referència la percepció actual del seu rol com a terapeuta ocupacional dels que estan inscrits al COTOIB amb número de col·legiat vigent, en estat actiu i que treballen amb persones grans. El tipus de mostreig ha estat de tipus no probabilístic de conveniència i la mida de la mostra és de 20 participants. Es realitza una enquesta via telefònica. Les variables d'estudi són de tipus dicotòmiques, qualitatives o mesures mitjançant l'escala Likert. Les enquestes s'han digitalitzat per obtenir els resultats estadístics a través d'un full de càlcul Excel. S'ha utilitzat la mitjana com a mesura central i la variància com a mesura de dispersió. Com a consideracions ètiques s'han tingut en compte els principis ètics plantejats en l'informe de Belmont, que són: el respecte cap a la persona i la beneficència.

### 7.2 Resultats

Els resultats estan dividits en tres apartats que es mostren a continuació mitjançant taules. Aquestes parts són: (1) Organització del recurs i impacte en el seu lloc de treball; (2) treball en equip, i (3) pla de treball del terapeuta ocupacional.

## 7.2.1 Organització del recurs i impacte en el seu lloc de treball

**Taula 2** | *Organització del recurs i impacte en el seu lloc de treball*

RECURS SOCIOSANITARI			JORNADA LABORAL	
Atenció especialitzada	50,00%		Jornada completa	63,64%
Residències	40,91%		Mitja jornada dos dies	9,09%
Atenció domiciliària	9,09%		Mitja jornada quatre dies	18,18%
TEMPS D'INTERVENCIÓ			Parcial dos dies	4,55%
Individuals	¼ hora	10,53%	Parcial quatre dies	4,55%
	½ hora	52,63%	PROTOCOLS D'INTERVENCIÓ	
	1 hora	38,84%	Sí les proporciona el centre	80,00%
Grupals	45 min	5,26%	No les proporciona el centre	20,00%
	60 min	52,63%	RECURSOS	
	90 min	42,11%	Mitjana	Variància
			3,35%	1,36%

Font: Elaboració pròpia

En referència a la taula 2, el 90% dels terapeutes ocupacionals enquestats treballen en l'atenció especialitzada, un 50% en centres de dia i hospitals i el 40,91% en residències. El 9,09% restant exerceix el seu treball en el domicili de la persona gran, i aquest és un aspecte positiu, atès que treballa en un entorn real, no simulat i pot fer les adaptacions necessàries i el tractament segons les necessitats reals.

Quant a la jornada laboral dels terapeutes enquestats, el 63,64% treballen a jornada completa, els altres a mitja jornada distribuïda en 4 i 2 dies. En aquest apartat s'observa la necessitat d'ampliar el recurs de professionals de teràpia ocupacional, així com el temps d'intervenció, per millorar l'atenció del major.

El temps destinat a les intervencions individuals correspon majoritàriament a mitja hora de tractament amb el 52,63% dels pacients; el 10,53% només té un quart d'hora. Això permet reflexionar que la persona gran poc podrà entrenar o tornar a aprendre en tan poc temps.

Tant en les residències com en els centres de dia és més freqüent l'atenció grupal, en el 52% dels casos; el 63% amb sessions de 60 minuts, la qual cosa beneficia el treball a nivell de socialització, però no afavoreix la consecució d'objectius personalitzats d'autonomia personal en les AVD.

A més, els recursos materials, humans i físics que té el centre limiten la feina del terapeuta ocupacional amb una mitjana de 3,35 i una variància de 1,36. Les respostes es mouen entre



poc, alguna cosa i prou. És important ressaltar que el que més limita poder atendre de manera satisfactòria la gent gran en els diferents recursos és la manca de recursos humans de terapeutes ocupacionals, ja que s'ha trobat que en la majoria d'institucions només es compta amb un professional per atendre tota la població del centre, per la qual cosa ha de realitzar més intervencions grupals que individuals.

El 80% dels terapeutes ocupacionals compta amb protocols per registrar les seves intervencions diàries proporcionades pel centre. Aquest és un aspecte positiu, ja que permet que tots els professionals registrin tota la informació d'interès per a l'equip.

### 7.2.2 Treball en equip

**Taula 3** | *Treball en equip*

PERCEPCIÓ FIGURA DE T. O.			INFORMES DE DERIVACIÓ	
Sent que està valorada		50,00%	Sí en fa	75,00%
No sent que està valorada		40,91%	No en fa	25,00%
REUNIONS INTERDISCIPLINÀRIES			VIA DE COMUNICACIÓ	
Se'n realitzen	Sí	100%	En reunions interdisciplinàries	38,46%
	No	0,00%	En programa de seguiment	28,21%
Programades	Sí	100%	En reunions informals	33,33%
	No	0,00%	Cap	0,00%
Freqüència	1 cop per setmana	78,95%	GRAU DE PARTICIPACIÓ EN PIA'S	
	Cada 15 dies	0,00%	Mitjana	Variància
	1 cop al mes	21,05%	4,15%	0,26%
FORMACIÓ DE T. O.			TEMÀTIQUES	
Sí imparteix formació		60,00%	Autonomia AVD (persona)	36,84%
No imparteix formació		40,00%	Transferències (tasca)	31,58%
			Modificacions contextuais	31,58%

Font: Elaboració pròpia

Quant als resultats obtinguts que s'observen a la taula 3, cal destacar que els terapeutes ocupacionals senten que la seva figura és reconeguda i valorada pels dispositius socio-sanitaris d'atenció directa a la persona gran en un 50%, davant de gairebé un altre 50% que no ho percep així.

Pel que fa al grau de participació en els programes d'atenció integral es valora amb una puntuació alta [4,15 (0,26)] i amb homogeneïtat en la variància. A més, els enquestats afirmen majoritàriament realitzar informes de derivació a altres professionals amb el 75% dels casos, davant el 25% que afirma el contrari.

De manera significativa s'observa que el 100% dels terapeutes ocupacionals participen en reunions interdisciplinàries prèviament programades; un cop a la setmana majoritàriament, amb el 78,95%, i un cop al mes, un 21,05%. El terapeuta té com a funció en aquestes reunions informar i formar la resta de persones de l'equip interdisciplinari sobre l'estat de la persona gran per a un millor acompliment en les àrees d'ocupació: activitats de la vida diària, activitats instrumentals de la vida diària, descans i son, educació, treball i joc, oci i participació social. Utilitza diverses vies de comunicació com són les reunions interdisciplinàries (38,46%), reunions informals (33,33%) i programes de seguiment informàtics compartits amb la resta de l'equip (28,21%).

D'altra banda, una altra de les funcions del terapeuta ocupacional als equips és la d'impartir formació pròpia de teràpia ocupacional a la resta del recurs; un 60% ho fa en àrees d'Autonomia de les activitats de la vida diària (36,84%), Transferències (31,58%) i Modificacions contextuais i de l'entorn (31,58). Amb això es demostra que és el terapeuta ocupacional el professional idoni per informar i formar tant els membres dels equips interdisciplinaris, com les famílies i els persones que en tenen cura sobre l'autonomia en l'exercici de les activitats bàsiques quotidianes de les persones grans; tot això atès per la seva formació pròpia de la disciplina.

### 7.2.3 Pla de treball

Taula 4 | Pla de treball

TIPUS DE PATOLOGIES MÉS COMUNES			PARÀMETRES D'AVALUACIÓ	
Deteriorament físic		26,67%	Puntuen tots importants	42,10%
Neurodegeneratives		60,00%	Puntuen l'adequació més baix	36,84%
Trastorns mentals		13,33%	Puntuen valor, indep., seguretat	21,05%
PROCÉS DE VALORACIÓ			MARC TEÒRIC	
Valoració inicial	Sí	100%	Model canadenc	20,59%
	No	0,00%	Model de l'ocupació humana	23,53%
Continues/ Seguiment	Sí	100%	MT biomecànic	11,76%
	No	0,00%	MT cognitivoconductual	26,47%
Freqüència	Cada mes	26,09%	MT neurodesenvolupament	17,65%
	Cada 3 mesos	39,13%	MÒDULS QUE REALITZA	
	Cada 6 mesos	34,78%	Entrenament AVDs	26,09%
			Estimulació Cognitiva	24,64%
			Ortesis/PA	11,59%
			Teràpies Grupals	23,19%
			Abordatge amb famílies	14,49%

Font: Elaboració pròpia

En referència a la taula 4, els tipus de patologies més comunes amb què treballen els terapeutes ocupacionals en geriatria a les Illes Balears són les malalties neurodegeneratives, del tipus demències, malaltia d'Alzheimer, malaltia de Parkinson, en un 60% dels casos, seguides per les relacionades amb el deteriorament físic causades per impactes traumàtics, afectacions òssies relacionades amb l'edat i amb les caigudes, en un 26,67%, i, finalment, les referides a trastorns mentals, com alteracions de la conducta alimentària, depressió, en un 13,33%. Totes aquestes patologies comporten un deteriorament funcional i, en ocasions, un deteriorament cognitiu de la persona gran, la qual cosa altera el seu funcionament ocupacional i la seva autonomia en l'exercici independent de les AVD. Els pacients geriàtrics requereixen més atenció i cures, no només a nivell físic i cognitiu, sinó també emocional.

Els marcs teòrics específics de la professió més utilitzats pels terapeutes són el model de l'ocupació humana, en un 23,53% dels casos, i el model canadenc del compliment ocupacional, en un 20,59%. Respecte als marcs de referència teòrics, l'enfocament cognitivoconductual està situat en un 26,47% respecte dels altres, com el de neurodesenvolupament (17,65%) o el biomecànic (11,76%). Els terapeutes ocupacionals solen realitzar tant les avaluacions com les intervencions i els seguiments, usant com a base un o diversos models i marcs teòrics propis de la disciplina.

El 100% dels terapeutes ocupacionals enquestats fa una valoració inicial i complementen aquestes valoracions amb altres de contínues i de seguiment. És en la freqüència on els percentatges es troben més ben distribuïts: valora cada 3 mesos (39,13%), valora cada 6 mesos (34,78%) i valora cada mes (26,09%). Això en gran mesura depèn de l'organització del lloc de treball, igual com del temps destinat per a això.

Pel que fa als paràmetres d'avaluació definits en l'enquesta com a valor (importància o significació d'una activitat per a la persona), independència (nivell d'independència a què pot arribar l'usuari segons les seves característiques), seguretat (quan tria una activitat tenint en compte el risc quan hi participa) o adequació (si s'adequa al temps necessari per completar l'activitat i si li causa satisfacció), el 42,10% dels enquestats ha assenyalat els 4 paràmetres amb el nivell màxim de resposta (molt important), el 36,84% puntua més baix el paràmetre d'adequació i el 21,05% es mou entre valor, independència i seguretat. En general, els terapeutes ocupacionals, tant en l'àrea de geriatria com en altres, sempre prioritzen l'activitat, atès que és el mitjà de tractament i el que els diferencia d'altres professionals; és a dir, tria entre diverses activitats la que és més significativa per a la persona gran i que compleix els objectius que es planteja. També ha d'adequar el temps i buscar que el resultat sigui la major participació i autonomia possible. De la mateixa manera, ha d'evitar possibles riscos en l'execució de les activitats.

Per finalitzar, en els mòduls que realitza el terapeuta en les seves diferents intervencions amb les persones grans en els centres i institucions, es troba que als programes, el més

significatiu és el d'entrenament de les activitats de la vida diària (26,09%), seguit pel d'estimulació cognitiva (24,64%), teràpies grupals, com art teràpia, teràpia assistida amb animals, teràpia de mà i membres superiors, prevenció de caigudes i estimulació cognitiva orientada a les AVD, (23,19%), abordatge amb les famílies (14,495) i disseny d'ortosis i productes de suport (11,59%). Amb això s'evidencia, una vegada més, que els terapeutes ocupacionals que atenen dia a dia la gent gran de les Illes Balears són els professionals encarregats de l'entrenament de les AVD i de la realització de programes d'estimulació cognitiva que sempre van lligats a l'execució de les activitats i tasques.

La major dificultat amb què es troben els terapeutes ocupacionals és la manca de temps per desenvolupar de manera individualitzada les intervencions i, en ocasions, poder veure el resultat final; tot i així, el plantejament de teràpies grupals és una alternativa intermèdia, però no és una solució satisfactòria per a les persones grans. S'ha de vetllar per augmentar els recursos d'aquests professionals i també per incrementar els temps de valoració i tractament, cosa que disminuiria, en gran mesura, les xifres de dependència, que creixen cada vegada més, i que permetria, a més, disminuir els costos derivats de l'atenció a la gent gran i millorar-ne la seva qualitat de vida.

## 8. Conclusions

La realització d'aquest estudi ha permès conèixer la situació actual de la intervenció dels terapeutes ocupacionals que atenen les persones grans a les Illes Balears en els diferents recursos socio-sanitaris; el 90% de terapeutes ocupacionals de les Illes Balears treballen en atenció especialitzada dirigida a persones grans, encara que només el 63,64% treballen a jornada completa.

L'estudi ha demostrat que actualment la població més gran és atesa per equips de professionals en què el terapeuta participa de manera activa i que, tot i la manca de recursos tant humans, com físics i de temps, es van realitzant intervencions que promouen l'autonomia i la independència de la gent gran.

El treball amb els altres membres de l'equip és enriquidor en la mesura que les aportacions de tots transcendeixen en la millora de les capacitats ocupacionals de les persones grans. El 100% dels terapeutes ocupacionals enquestats participen en reunions interdisciplinàries, un cop a la setmana, el 78,95%, i un cop al mes, un 21,05%.

El perfil de la persona gran atesa pels terapeutes ocupacionals a les Illes Balears és de persona amb patologies de tipus neurodegeneratives, com demències del tipus Alzheimer, dany cerebral sobrevingut (ictus), en un 60% dels casos; seguit per deteriorament físic a causa d'impactes traumàtics, afectacions òssies relacionades amb l'edat i amb les caigudes,

en un 26,67%, i trastorns mentals, alteracions de la conducta alimentària, depressió, en un 13,33%. Això comporta la necessitat d'atenció individualitzada, sobretot en estadis primerencs i, en ocasions, durant tot el procés. No obstant això, s'ha evidenciat que la majoria de centres opten per tractaments grupals de 60 minuts de tractament (52,63%) i de 90 minuts (42,11%). Les sessions individuals solen ser de ½ hora (52,63%).

Entenem que són les necessitats de les institucions les que porten a aquest tipus de decisions i també la situació actual del país, però està comprovat que s'ha d'invertir en la millora de l'atenció a la gent gran de les Illes Balears i augmentar-ne tant els recursos humans, físics i de temps per assolir aquest objectiu i, alhora, abaixar la despesa derivada per la dependència. Una persona gran ben atesa podrà mantenir més temps la seva autonomia, de la mateixa manera que una família ben assessorada i amb suport de l'equip interdisciplinari podrà mantenir la persona gran a casa seva, en el seu entorn i amb una millor qualitat de vida.

Per finalitzar, cal esmentar que alguns terapeutes ocupacionals de les Illes Balears formen part d'equips de treball i de recerca i actualment estan desenvolupant projectes que obren noves perspectives d'intervenció amb la gent gran, com ara la creació de programes intergeneracionals; aquests programes, units als esmentats en aquest article, permetran que la gent gran tingui una millor qualitat de vida. El suport de les institucions als terapeutes ocupacionals ha de permetre millorar l'atenció en benefici de les persones grans.

### Agraïments

Agraïm la feina als terapeutes ocupacionals que treballen per tal de mantenir i millorar la qualitat de vida de les persones grans de les Illes Balears i que els dediquen el seu temps, esforç i coneixements.

## Referències bibliogràfiques

American Occupational Therapy Association (març-abril, 2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3ª ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 1-48.

Bello Gómez, S., Feal Rodríguez P., Fernández Lamas A., Pilleiro Pillado G., Romeu Ces T. (2010). Ocupación y salud. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 7(6), 170-176.

Berrueta Maetzu, L. M., Ojer Ibiricu M. J., Trébol Urra A. (2010). Terapia Ocupacional en Geriátria y Gerontología. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 6(4), 215-258.

Corregidor Sánchez, A. I. (2010). Valoración de Terapia Ocupacional en Geriátria: ¿La virtud de medir el defecto?. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 3, 32-50.

Fernández I., Moreno A. *El papel fundamental del terapeuta ocupacional en la adaptación domiciliaria en los Servicios Sociales Básicos de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, en el marco de un Proyecto Piloto de Atención a la Dependencia en el Medio Rural*. <<http://pagina.jccm.es/forma/pdf/PonenciaPTOAD.pdf>>.

Kielhofner, G. (2004). *Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y aplicación* (3a ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica-Panamericana.

López, B. P. (1998). Valoración geriátrica integral: papel del terapeuta ocupacional. Durante Molina, P., Pedro Tarres, P. *Terapia Ocupacional en Geriátria: Principios y práctica*. Barcelona, España: Masson, 25-38.

España, Observatori de Bioètica i Dret. *Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.

Requejo Osorio, A. (2003). *Educación permanente y educación de adultos*. Barcelona, España: Ariel Educación.

Reed L. K., Sanderson N. S. (1999). *Concepts of Occupational Therapy* (4a ed.). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.

Samaratti, M. C. (2011). *Las rutinas diarias de las personas internadas en hogares con centro de día*. [Tesi fi de grau no publicada]. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Santa Fe, Argentina.

## Autores

### EDITH PÉREZ HERNÁNDEZ

Bogotà, Colòmbia 1968. Terapeuta ocupacional per la Universidad Nacional de Colombia (1991); diploma de postgrau en salut laboral (1996) i màster en prevenció de riscos laborals amb especialització en ergonomia i psicociologia aplicada (1999). 24 anys d'experiència com a terapeuta ocupacional en les àrees de rehabilitació física, cura dels pacients adults amb un trastorn neurològic de traumatologia i de reumatologia. Ha complementat la seva feina amb la docència com a professora i assessora de tesi en la carrera de Teràpia Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán, de Santa Fe de Bogotà (1994-1996). Va ser cap nacional de rehabilitació professional i terapeuta ocupacional a la Mutua Colmena de Santa Fe de Bogotà (1996-1997).

Així mateix, ha estat terapeuta ocupacional a la Mutua Fremap a Majadahonda-Madrid (1998-1999); professora associada d'ergonomia de la Universitat Alfonso X el Sabio de Madrid (1998-2000); professora associada de pràctiques de l'Escola de Teràpia Ocupacional, actual EUIT, de Terrassa (Universitat Autònoma de Barcelona) (2000- 2010), professora de pràctiques de l'Escola de Teràpia Ocupacional de la Universitat de Vic-Barcelona (2000-2010), i professora de cursos i tallers sobre la cura del pacient en geriatría en l'àmbit de la prevenció de caigudes, ajudes tècniques, gestió i mobilització.

És autora de publicacions relacionades amb la cura de la columna vertebral i d'articles sobre l'adaptació de llocs de treball, la mobilització de pacients i els productes de suport que faciliten la mobilització i el trasllat de pacients amb necessitats especials tant per a adults com en geriatría.

És terapeuta ocupacional a l'Hospital Sant Joan de Déu, de Palma (des de 2010), coordinadora del grup de treball del Col·legi Oficial de Terapeutes Ocupacionals de les Illes Balears (COTOIB) per a l'Observatori de la Gent Gran de Mallorca (des de 2014), i vicepresidenta del COTOIB (d'ençà de 2013).

### TANIA GUTIÉRREZ INGUANZO

Mieres del Camín, 1980. Grau d'educació i diplomada en teràpia ocupacional per la Universidad de Oviedo. Complementa la seva formació universitària fent el curs d'adaptació als estudis del grau en teràpia ocupacional per la Universidad de Oviedo el 2012. Entre 2007 i 2013, ha treballat com a terapeuta ocupacional en els centres de dia per a gent gran del Principat d'Astúries, amb les funcions d'assessorament, coordinació i

implementació de programes de rehabilitació i manteniment del nivell d'independència en les activitats de la vida diària. Durant la major part d'aquest període va compaginar la seva activitat professional amb la docència com a professora titular de la Facultat Padre Ossó (centre adscrit a la Universidad de Oviedo), ha impartit docència en els estudis oficials de grau en Teràpia Ocupacional (2009-2014), fent també direcció de treball fi de grau en Teràpia Ocupacional en l'àmbit de l'atenció geriàtrica. També ha estat professora de cursos de formació relacionats amb l'atenció especialitzada per a pacients amb malaltia d'Alzheimer (2009-2011).

#### CAROLINA QUIROGA PARADA

Bogotà, Colòmbia 1990. Graduada en teràpia ocupacional amb menció en intervenció avançada per la Universitat Autònoma de Barcelona. En la seva carrera va adquirir coneixements d'investigació qualitativa i quantitativa. Va fer un curs d'Empreniment Social amb AIESEC Xile enfocat a problemàtiques socials i models de negocis contemporanis. El 2013 participà en diferents voluntariats en l'àrea sociocomunitària amb infants i dones en exclusió social (Santiago de Xile). Actualment, treballa a l'Hospital Sant Joan de Déu, de Palma, en l'àrea de neurorehabilitació, traumatologia i geriatria.

#### GLORIA CARDENAL FÉLIX

Sevilla, 1976. Diplomada en teràpia ocupacional per la Universidad de Castilla La Mancha (2003). 12 anys d'experiència com a terapeuta ocupacional en rehabilitació física de traumatologia i neurorehabilitació en diversos hospitals. Durant gran part d'aquest temps ha compaginat aquesta activitat professional en dues residències per a persones grans. Professora de pràctiques de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Màrtir (2010). Publicacions i ponències de temes relacionats amb aspectes de l'atenció geriàtrica i ictus. Especialitzada en integració sensorial per la University of Southern California (2012). Des de 2007 treballa com a terapeuta ocupacional a l'Hospital Comarcal d'Inca. És la presidenta del Col·legi Oficial de Terapeutes Ocupacionals de les Illes Balears des de 2012.





**ANÀLISI DE LA SOBRECÀRREGA DE  
CUIDADORS DE PERSONES EN  
SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA INGRESADES  
EN CENTRES RESIDENCIALS**

---

## **Anàlisi de la sobrecàrrega de cuidadors de persones en situació de dependència ingresades en centres residencials**

Rosa Martorell Dols

Bárbara García Arredondo

Elsa Herranz Sanz

Pilar Ferreras Más

## Resum

A mesura que la societat avança, també ho fan els seus ciutadans, però és sobretot l'avanç en investigació sanitària el que ha fet augmentar l'esperança de vida, la qual es troba actualment, segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE), entorn de 83 anys (85 les dones i 80 anys els homes).

Tot i que envellir és un dels fenòmens més desitjats gràcies a l'avanç social i sanitari, també comporta un augment en les probabilitats de patir diferents malalties, entre les quals les neurodegeneratives, que provoquen alteracions cognitives i conductuals relacionades amb l'envelliment propi de les estructures cerebrals com poden ser les demències, i a conseqüència d'això uns canvis en el sistema de cures de la gent gran que poden causar malestar al cuidador principal.

Són moltes les famílies que per sentiments de culpabilitat, obligació o responsabilitat cuiden la gent gran a casa, però també n'hi ha moltes que opten per l'ingrés residencial o en un centre de dia. Per això l'objectiu d'aquest article és donar a conèixer la relació que hi ha entre la sobrecàrrega dels cuidadors de persones grans amb deteriorament cognitiu i l'internament. Per tant, s'exposarà el concepte de sobrecàrrega del cuidador de persones internes en institucions amb patologia cognitiva i la relació entre deteriorament cognitiu més alt i la càrrega del cuidador.

## Resumen

A medida que la sociedad avanza también lo hacen sus ciudadanos, pero es sobretodo el avance en investigación sanitaria lo que ha hecho aumentar la esperanza de vida, la cual se sitúa actualmente, según el INE, en torno a 83 años (85 las mujeres y 80 los hombres).

Aunque envejecer es uno de los fenómenos más deseados gracias al avance social y sanitario, también conlleva un aumento en las probabilidades de padecer diversas enfermedades, entre ellas las neurodegenerativas, que provocan alteraciones cognitivas y conductuales relacionadas con el envejecimiento propio de las estructuras cerebrales como pueden ser las demencias, y a consecuencia de ello unos cambios en el sistema de cuidados de los mayores, que pueden causar malestar al cuidador principal.

Son muchas las familias que por sentimientos de culpabilidad, obligación o responsabilidad cuidan de sus mayores en casa, pero también encontramos muchas que optan por el ingreso residencial o en un centro de día. Por eso el objetivo de este artículo es dar a conocer la relación que existe entre la sobrecarga de los cuidadores de personas mayores con deterioro cognitivo y la institucionalización. Así, se expondrá el concepto de sobrecarga

del cuidador de personas institucionalizadas con patología cognitiva y la relación entre un mayor deterioro cognitivo y la carga del cuidador.

---

## 1. Introducció

Els canvis demogràfics que actualment està experimentant la nostra societat són una realitat que repercuteix directament en el dia a dia de les persones grans i els seus cuidadors. Fenòmens com l'increment de la població geriàtrica i l'augment de l'esperança de vida són una evidència actual. Però també és arran d'aquests canvis que s'incrementen els factors de risc en desenvolupar malalties cròniques, siguin neurològiques com la malaltia d'Alzheimer i la de Parkinson o d'altres tipus que van deteriorant la funcionalitat i augmentant la dependència. I en conseqüència es necessiten cures que recauen en un cuidador informal del nucli familiar.

Són nombrosos els estudis que determinen les característiques sociodemogràfiques dels cuidadors i que analitzen la correlació entre el nivell de sobrecàrrega percebuda y la gravetat de la dependència de la persona gran. Pérez i Llibre (2010) assenyalen que el perfil característic del cuidador és el d'una dona d'entre 40 i 60 anys, i que s'experimenta més sobrecàrrega quan es té cura de persones grans amb demència moderada i una sobrecàrrega menor quan aquestes tenen demència lleu.

Determinar la sobrecàrrega del cuidador ha tingut molt d'interès, i un dels principals investigadors és S. H. Zarit, que, en col·laboració amb Reeve i Bach-Peterson (1980), va desenvolupar una escala de 22 ítems per mesurar el grau de sobrecàrrega que percep el cuidador. Des d'aleshores hi ha hagut nombrosos estudis i publicacions centrats en la sobrecàrrega a domicili, i en menor mesura en la sobrecàrrega un cop es fa ús de recursos sociocomunitaris. Interessat en aquest tema, ja el 1986 L. K. George va definir la càrrega del cuidador com un conjunt de problemes físics, psicològics o emocionals, socials i financers derivats de la tasca de cuidar la persona gran. Per poder obtenir aquesta definició, els anys vuitanta es varen fer estudis previs sobre els efectes dels cuidadors i se n'obtingueren resultats com la fatiga crònica, la depressió, la conflictivitat familiar, la pèrdua d'amistats i aficions, la falta de temps per a si mateix i els sentiments de culpa i preocupacions. La sobrecàrrega de les persones cuidadores es reflecteix majoritàriament a través de trastorns de salut mental o problemes físics. Els estudis han constatat que les cuidadores informals tenen un risc més alt d'experimentar estats de depressió i ansietat, així com més elevats nivells d'estrès, per comparació als homes (McGilloway i Donnelly, 1997).

És necessari avaluar si la sobrecàrrega del cuidador es veu incrementada a mesura que avança la dependència de la persona gran. Espín (2012) assenjala que sí que existeix una relació entre la dependència del malalt i la càrrega del cuidador, i així especifiquen que

la càrrega percebuda pel cuidador es relaciona amb el grau de deteriorament cognitiu de la persona gran, i afirmen que com més nivell de deteriorament, més gran és la càrrega percebuda pel cuidador. Ginsberg, Martínez, Mendoza i Pabón (2005) conclouen al seu estudi que existeix una relació positiva i alta entre el nivell de deteriorament del pacient amb diagnòstic de demència i la càrrega percebuda, i afirmen que a més nivell de deteriorament, més càrrega percep el cuidador.

Per tal de poder anar en aquesta direcció, l'objectiu del present estudi és conèixer com es veu el dia d'avui la sobrecàrrega dels cuidadors de persones internades en institucions, específicament en centres residencials o d'estada diürna de SARquavitae.

Així, la hipòtesi de partida abona l'evidència que la permanència de la persona gran en un centre residencial i en un centre de dia modifica la sobrecàrrega del cuidador, i se'n dedueix que quant al centre de dia, la sobrecàrrega del cuidador és més elevada, ja que la persona gran encara viu al nucli familiar i en té cura el cuidador informal la major part del dia, i per tant s'espera que al centre residencial aquesta sobrecàrrega serà menor perquè les cures són assumides per professionals del centre.

Per tant, al present estudi s'analitzarà la sobrecàrrega percebuda pel cuidador principal pel que fa a persones dependents internes en institucions. Així, la hipòtesi que es maneja és que com més dependència, més gran serà la percepció de sobrecàrrega del cuidador.

## 2. Mètode

### 2.1. Participants

El present estudi s'ha efectuat sobre la població més gran de 60 anys interna en centres residencials o centres de dia SARquavitae Balears.

La mostra total és de 156 subjectes (107 dones i 49 homes) de 83, 84 anys de mitjana d'edat i desviació típica de 8.071; 68 d'ells pertanyen als centres de dia i els altres 88 a centres residencials de SARquavitae.

### 2.2. Criteris d'exclusió de la mostra

Atès que aquest és un estudi sobre la sobrecàrrega de cuidadors de persones que estan en institucions i tenen deteriorament cognitiu, els criteris d'exclusió de la mostra varen ser:

1. Obtenir a la *Mini-Mental State Examination* (MMSE) un indicador de deteriorament cognitiu.

2. No presentar trastorn psiquiàtric.

### 2.3. Proves d'avaluació

Les proves aplicades per obtenir els resultats de les hipòtesis plantejades s'exposen a continuació:

#### *MMSE (Mini-Mental State Examination)*

Entre les escales per valorar quantitativament l'estat mental, el MMSE és una de les més utilitzades tot i tenir una alta dependència lingüística, fet pel qual el professional ha de tenir en compte l'analfabetisme i si hi ha algun tipus de discapacitat, per fer un recàlcul del resultat. Aquest instrument s'utilitza per a l'avaluació cognitiva en poblacions geriàtriques. Aquesta eina permet realitzar un cribratge del dèficit cognitiu i l'evolució del pacient que sofreix dèficit cognitiu.

Les àrees cognitives que avalua són l'orientació espaciotemporal, l'atenció, el càlcul, el record, el llenguatge i la visoconstrucció. L'escala té una puntuació màxima de 30 punts, i s'estima que una puntuació inferior de 24 pot indicar possible deteriorament cognitiu o demència; entre 23 i 21, una demència lleu; entre 20 i 11, una demència moderada; i inferior de 10, una demència greu.

#### *GDS (Escala de Deteriorament Global)*

Es tracta d'una escala que mesura l'estat cognitiu i funcional, que divideix el procés de la malaltia en set estadis basats en la quantitat de declinació cognitiva. A més, ens permet establir una relació entre les pròpies puntuacions i les del MMSE. Segons els autors, un GDS 1 = Absència de dèficit cognitiu; 2 = Dèficit cognitiu molt lleu; 3 = Dèficit cognitiu lleu; 4 = Dèficit cognitiu moderat; 5 = Dèficit cognitiu moderadament greu; 6 = Dèficit cognitiu greu; 7 = Dèficit cognitiu molt greu. Pel que fa a la malaltia d'Alzheimer, es relacionaria amb un GDS 4.

#### *ÍNDEX DE BARTHEL*

És una eina d'avaluació que ens permet realitzar una valoració funcional física. Es posa el focus en la capacitat d'autonomia o necessitat d'ajuda en les activitats bàsiques de la vida diària: bany, vestit, higiene, deambulació, trasllats, ús d'escales, micció, deposició i alimentació.

La puntuació total varia entre 0 i 100. Hi ha cinc categories de dependència: puntuació de 100, totalment independent; entre 60 i 99, dependència lleu; entre 36 i 59, dependència

moderada; entre 20 i 35, dependència greu; i entre 0 i 19, totalment dependent (Baztán et al. 1993).

### ZARIT (Escala de sobrecàrrega de cuidador de Zarit)

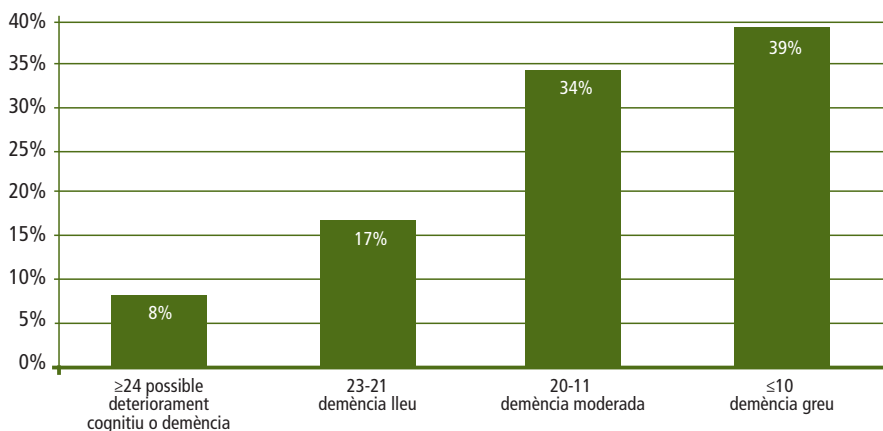
És una escala autoadministrada que ens permet mesurar el nivell de sobrecàrrega en els cuidadors principals de persones dependents a partir de l'anàlisi de sentiments que apareixen en aquestes persones, tenint en compte la freqüència amb la qual són recurrents els pensaments sobre la salut física, la salut psíquica, la vida social i la suficiència de recursos econòmics.

Consta de 22 ítems que avaluen les repercussions negatives sobre determinades àrees de la vida associades a la prestació de cures. El rang de puntuacions oscil·la entre 0 i 88. Els punts de tall proposats pels autors de l'adaptació i validació en espanyol són: No sobrecàrrega: 0-46. Sobrecàrrega lleu: 47-55. Sobrecàrrega intensa: 56-88.

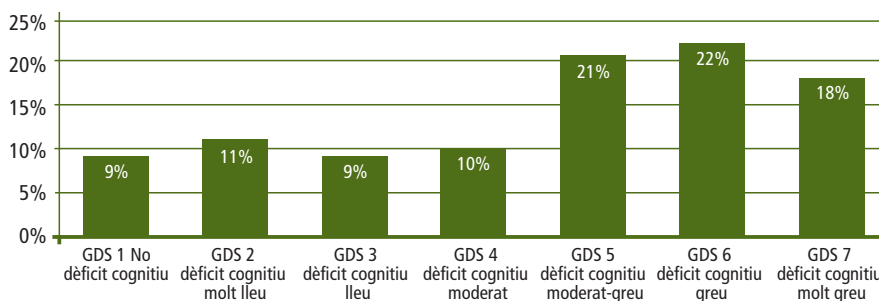
## 3. Resultats

En els resultats obtinguts a partir de les variables analitzades amb el paquet estadístic SPSS-V17.0, que es mostren als gràfics 1 i 2 es pot observar clarament que la prevalença de deteriorament obtinguda als centres residencials i centres de dia SARquavitae fou d'un 39% de persones amb una demència greu segons el MMSE, per altra banda, una prevalença d'un 43% referent a un GDS entre 5 i 6 (dèficit cognitiu greu).

**Gràfic 1** | Prevalença del nivell de deteriorament cognitiu segons l'escala MMSE





**Gràfic 2 | Prevalença del nivell de deteriorament cognitiu segons l'escala GDS**

Així mateix, després de l'anàlisi descriptiva dels 156 subjectes de la mostra única (vegeu taula 1) es troba una puntuació mitjana de sobrecàrrega mesurada amb l'escala Zarit de 49,58 (dt = 23,69). Així mateix, es poden observar (gràfic 3) els percentatges referents al nivell de sobrecàrrega dels cuidadors. Així, doncs, les dades generals d'aquesta investigació indiquen que la sobrecàrrega del cuidador de persones dels centres SARquavitae és lleu.

**Taula 1 | Estadístics descriptius**

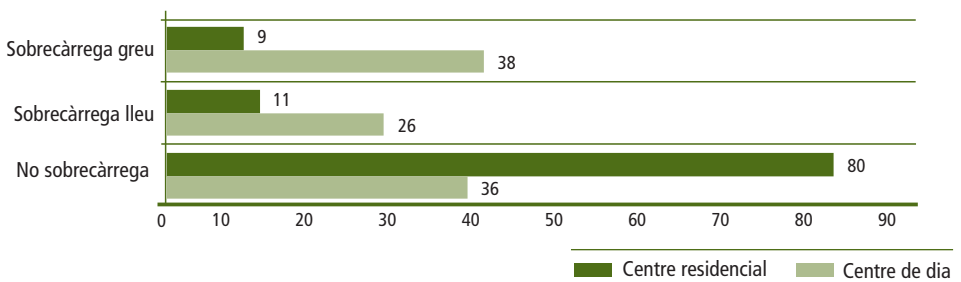
VARIABLES	Mitjana	Desviació estàndard
Edat	83,84	8,07
Zarit	49,58	23,69
Barthel	52,74	30,39
MMSE	13,290	8,41
GDS	4,613	1,93

**Gràfic 3 | Percentatge de tipus de sobrecàrrega dels cuidadors de persones internades en institucions a partir de l'escala Zarit**

Així mateix, cal indicar que les dades exposen una mitjana de sobrecàrrega de cuidadors d'usuaris de centre de dia ( $m = 52$ ;  $dt = 19,6$ ) més gran que la de centres residencials, que és igual a 36 ( $dt = 12,5$ ).

Si observem el gràfic 4, s'hi indica una sobrecàrrega més elevada en centres de dia que als centres residencials. A més d'observar un més alt percentatge de no sobrecàrrega en centres residencials.

**Gràfic 4 | Sobrecàrrega segons el tipus d'institució segons l'escala Zarit**



Un cop comprovat que els resultats indiquen una major sobrecàrrega en centres de dia que en centres residencials, i un alt percentatge de no sobrecàrrega quan la persona cuidada està en una institució independentment del tipus de recurs, un segon objectiu del treball és observar les correlacions que existeixen entre les diferents variables quan es parla d'una mostra única de sobrecàrrega de cuidadors de persones en aquestes institucions. Així doncs, s'observa que el Zarit mostra correlació significativament de tendència negativa amb el MMSE ( $r = -.222$ ;  $p = .006$ ), cosa que ens indica que com més deteriorament cognitiu avaluat amb el MMSE, més sobrecàrrega té el cuidador. Igualment ocorre amb el GDS, tot i que amb una tendència positiva ( $r = .169$ ;  $p = .036$ ), que indica que com més grau de dèficit cognitiu, més sobrecàrrega té el cuidador, i s'observa que en els usuaris amb un GDS menor, el nivell de sobrecàrrega també és menor. Per altra banda, els resultats sembla que indiquen que, a priori, l'estat funcional de la persona en una institució no influiria en la sobrecàrrega del cuidador, independentment de l'entorn o servei que tinguin. Perquè no s'han trobat correlacions prou significatives entre l'escala Zarit i l'índex de Barthel. Així doncs, les anàlisis estadístiques contribueixen a la hipòtesi que la sobrecàrrega de cuidadors de persones en institucions és lleu pel fet que compten amb un servei d'atenció i, per tant, aquest estat funcional no influeix.

## 4. Discussió i conclusions

Dins el sistema cultural de la persona gran hi ha instaurat el pensament que al final de la vida serà la família qui s'encarregarà de les cures que necessiti. Tal com reflecteix la bibliografia, és habitual que les cures siguin assumides per una sola persona i en concret, i d'acord amb Carod, Egidó i Gonzales (1999), una dona casada, normalment la filla, mestressa de casa, amb estudis bàsics i un nivell econòmic mitjà. Tot i això, els canvis sociodemogràfics en el paper de la dona, la seva incorporació al mercat laboral i els nous models de família fan que el repartiment de responsabilitats sigui més complex.

Pot, Deeg i Knipscheer (2001) ja consideren que el fet de preveure la possibilitat de dur a una institució un familiar pot ser interpretat pel cuidador com un fracàs i abandonament i pot aparèixer un cert nivell d'estrès que pot desencadenar simptomatologia psicològica (ansietat, depressió, vergonya, soledat, tristesa, relació de dependència, sentiment de culpabilitat, obligació, aïllament social, etc.).

En els resultats obtinguts s'observa una relació entre el grau de sobrecàrrega del cuidador i la capacitat cognitiva de la persona gran. Arran d'aquestes dades, en el present estudi s'ha percebut una menor sobrecàrrega en els cuidadors que tenen un familiar en un centre residencial, mentre que la sobrecàrrega és més gran en els cuidadors d'usuaris de centre de dia. Aquest fet es pot explicar tenint en compte que en el cas del centre de dia, les cures són assumides pel cuidador durant part del dia, i en canvi en el cas del centre residencial, les cures són assumides completament pels professionals. Quan la persona gran es duu a una institució, s'inicia un procés amb la família en el qual cal aplicar un protocol d'acollida per oferir al cuidador principal un espai segur d'atenció a les seves necessitats. Cal que tant el treballador social com el psicòleg analitzin en profunditat el context familiar i la situació sociofamiliar per poder orientar la intervenció en la normalització dels símptomes, de tal manera que es vagin diluint aquells que són provocats per cures que a partir d'ara seran assumides per la institució. D'acord amb Yaffe et al. (2002), dur a una institució una persona amb demència és una decisió complexa i es basa molts cops, no sols en les característiques del pacient, sinó també en les del seu cuidador principal, que han de ser analitzades conjuntament perquè seran igualment reforçades.

Al llarg del procés d'adaptació al centre, el cuidador cal que vagi progressivament alliberant-se de la càrrega, perquè ara seran els professionals els qui assumiran el seu paper. Així es podrà observar una millora de la simptomatologia lligada a la «síndrome del cuidador».

Les cures de les persones grans en les primeres fases de la dependència són assumides al domicili, tot i que es poden combinar amb les dels serveis d'ajuda a domicili (SAD) i els serveis de teleassistència (TAD), centres d'estades diürnes/nocturnes que afavoreixen el descans familiar.

Es pot predir que a mesura que la persona gran entra en el circuit d'atenció, la càrrega del cuidador principal disminueix de manera progressiva, tot i que en el moment de l'ingrés, la càrrega del cuidador segueix sent, en la majoria dels casos, elevada.

Amb les dades obtingudes, i tot i les limitacions dels estudis sobre aquest tema, es considera de gran importància i rellevància posar en marxa accions concretes que donin resposta a les necessitats dels cuidadors mitjançant estratègies que puguin englobar competències bàsiques per tenir cura del familiar. Es considera, per tant, la intervenció interdisciplinària com l'eix per desenvolupar aquests programes per tal de valorar el procés d'ingrés en una institució d'una persona gran i corroborar com aquesta ajuda pot afavorir la reducció de la intensitat de la càrrega percebuda. Així, per a la segona fase d'aquest treball, s'enfocarà la intervenció tenint en compte la importància dels serveis per als cuidadors familiars mitjançant programes específics.

## Referències bibliogràfiques

Baztán, J. J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. i Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev. Esp. Geriatria Gerontol.*, 28, 32-40.

Carod, F., Egido, J. i Gonzales, J. (1999). Percepción de la sobrecarga a largo plazo en cuidadores de supervivencia de un ictus. *Revista de Neurología*, 28(12), 1130-1138.

Espín Andrade, A. M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 493-402.

George, L. K. i Gwyther, L. P. (1984). The Dynamics of Caregiver Burden: Changes in Caregiver Well-Being Over Time. Comunicació presentada a Annual Meetings of the Gerontological Society of America. San Antonio, Texas.

Ginsberg, J., Martínez, M. F., Mendoza, A. i Pabón, J. L. (2005). Carga subjetiva percibida por el cuidador y su relación con el nivel de deterioro de pacientes con diagnóstico de demencia. Influencia de edad, estilo de personalidad y tipo de cuidador. *Archivos Venezolanos Psiquiatría Neurología*, 51(104).

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

Pérez Perdomo, M. i Llibre Rodríguez, J. D. J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 110-122.

Pot, A. M., Deeg, D. J. H. i Knipscheer, C. P. M. (2001). Institutionalization of demented elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16, 273-280.

Yaffe, K., et al. (2002). Patient and caregiver characteristics and Nursing Home Placement in Patients with Dementia. *JAMA*, 287(16), 2090-2097.

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

## Autores

### ROSA MARTORELL DOLS

Mallorca, 1982. Llicenciada en Psicologia per la Universitat Ramon Llull de Barcelona (URL). Màster en Psicologia Clínica per la Universitat Ramon Llull de Barcelona (URL). Màster el Psicogerontologia Social per la Universitat de Barcelona (UB). Màster en Neuropsicologia Clínica per l'Institut Superior d'Estudis de Psicologia (ISEP). Col·laboració amb el grup de Neuropsicologia Clínica de la UIB. Membre del grup de treball de Neuropsicologia del COPIB. Des de 2010 exerceix de psicòloga en l'àmbit d'envelliment i dependència en centres residencials, i des de 2012, experiència en dany cerebral. Des de 2014, psicòloga del centre residencial SARquavitae Can Carbonell.

### BÁRBARA GARCÍA ARREDONDO

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

### ELSA HERRANZ SANZ

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

## PILAR FERRERAS MÁŠ

Lleó, 1965. Llicenciada en Psicologia per la Universitat Pontifícia de Salamanca. Màster en Gerontologia per la Universitat de Salamanca. Postgrau de Teràpia Gestàltica i Rogeriana (Universitat Pontifícia Comillas, Madrid). Curs de Gestió de Recursos Humans i Relacions Laborals (Govern balear). Docent de curs superior de Gerontologia (Universitat Complutense de Madrid, UCM). Des de 1992, exercici professional en centres residencials del sector de dependència, actualment psicòloga de SARquavitae Palma.

**AGRESSIÓ INTERPERSONAL  
EN RESIDÈNCIES D'ANCIANS:  
UNA APROXIMACIÓ AL SEU CONEIXEMENT**

---



## **Agressió interpersonal en residències d'ancians: una aproximació al seu coneixement**

Carmen Orte Socias  
Aina Mascaró Juan

---

## Resum

A pesar de la seva prevalença i de les conseqüències negatives, la investigació sobre l'abús en ancians quasi no s'ha interessat per l'agressió entre els ancians allotjats en residències. Es pretén obrir una línia d'investigació sobre aquest tema, atès que al nostre país es noten a faltar estudis que se n'hagin ocupat. En aquest treball s'ha recollit informació de tres fonts diferents: els estudis publicats en relació amb l'agressió resident-resident (ARR) en l'àmbit internacional; les notícies publicades els darrers onze anys a la premsa espanyola en general i a la premsa de les Balears en particular; i les entrevistes a professionals de dotze residències d'ancians de diversa tipologia a Mallorca. L'agressió entre residents en residències de persones grans de llarga durada és un problema important que té conseqüències per a les persones que hi participen i per a l'entorn en el qual es produeix, i alguns autors xifren al voltant d'un 2,4% les ARR verbals i un 7,3% les físiques. Els perfils dels agressors i víctimes recollits a les notícies de premsa coincideixen amb el perfil de la literatura sobre el tema, igual que el perfil recollit a través de les entrevistes realitzades. No obstant això, les dades d'incidència i de prevalença recollides a les entrevistes no coincideixen amb les dades registrades a la literatura, i això té a veure, entre altres qüestions, amb la falta de registres sobre el problema, per tant, se suggereix dur a terme estudis sistemàtics a les residències quant als aspectes personal, ambiental i de factors desencadenants de l'ARR.

## Resumen

A pesar de su prevalencia y consecuencias negativas, la investigación sobre el abuso en ancianos apenas se ha interesado por la agresión entre los propios ancianos alojados en residencias. Se pretende abrir una línea de investigación sobre este tema, dado que en nuestro país se nota a faltar la existencia de estudios que se hayan ocupado del mismo. En este estudio se ha recogido información de tres fuentes diferentes: los estudios publicados en relación a la agresión residente a residente (ARR) a nivel internacional; las noticias publicadas en los últimos once años en la prensa española en general y en la prensa de Balears en particular; y las entrevistas a profesionales de doce residencias de ancianos de diversa tipología en Mallorca. La agresión entre residentes en residencias de mayores de larga duración es un problema importante que tiene consecuencias para las personas que participan en ella y para el entorno en el que se produce y que algunos autores cifran en torno a un 2,4% de ARR verbales y un 7,3% físicas. Los perfiles de agresores y víctimas recogidos en las noticias de prensa coinciden con el perfil de la literatura sobre el tema, al igual que el recogido a través de las entrevistas realizadas. No obstante, los datos de incidencia y prevalencia recogidos en las entrevistas no coinciden con los datos registrados en la literatura, y ello tiene que ver, entre otras cuestiones, con la falta de registros sobre este problema, con lo cual se sugiere llevar a cabo estudios sistemáticos en las residencias a nivel personal, ambiental y de factores desencadenantes de la ARR.

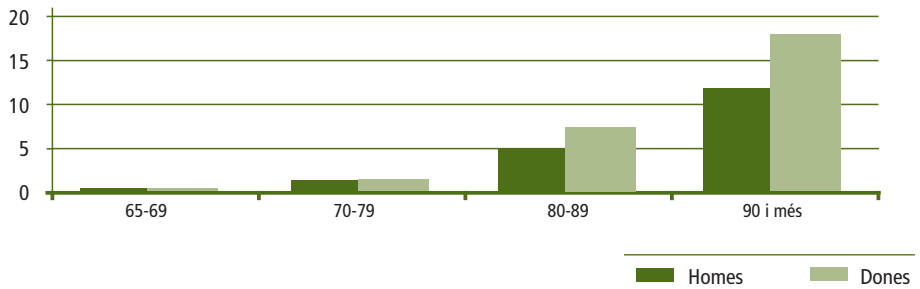
---

## 1. Introducció

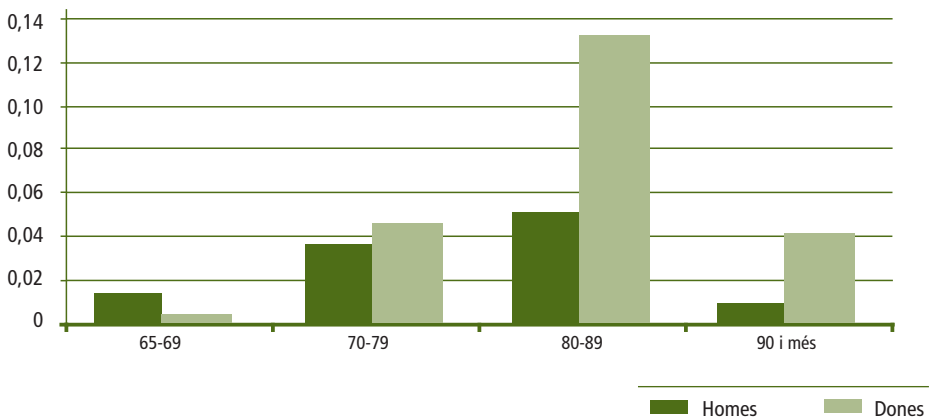
En les tres últimes dècades la investigació internacional s'ha interessat molt pel tema del maltractament i l'abús a les persones grans com un problema prevalent i mereixedor d'atenció a diferents nivells, tant polític com tècnic i d'atenció per part de diferents professionals de la medicina, el treball social, la sociologia, la psicologia o l'educació, entre d'altres. D'acord amb les dades, parlem d'un problema seriós de salut pública que es produeix en diferents àmbits i que té conseqüències altament negatives, tant físiques com psicològiques i financeres. Alguns governs, com el dels EUA ho consideren una prioritat, com va quedar anunciat al Simposi de la Casa Blanca sobre Envel·liment (WHCoA), el 2015. No obstant això, i sent aquest un tema de gran importància en relació amb l'abús a les persones grans, altres qüestions relacionades amb el maltractament i les persones grans han merescut també consideració. Així, tal com recullen Pillemer et al. (2011), la literatura sobre el maltractament a persones grans en la comunitat ha augmentat de forma constant. Aquests autors seleccionaren diversos estudis sobre el tema: el maltractament a les persones grans per part del personal en entorns institucionals i també el maltractament de les persones grans als que se'n cuiden, tant a la llar com en entorns institucionals. Revisant aquests estudis i les dades de què es disposa, ens fèiem ressò del tema de l'agressió interpersonal, resident a resident (ARR), en centres d'atenció a persones grans de llarga durada. Encara que contextualment diferent del maltractament a les persones grans, l'agressió resident a resident és un tema de violència i persones grans molt poc investigat. És a partir d'alguns treballs publicats en l'última dècada quan s'evidencia la necessitat de profunditzar en el seu coneixement, per poder dur a terme accions preventives i millorar en la intervenció. Les dades recollides als estudis sobre agressió entre residents (Shinoda-Tagawa et al., 2004, Lachs, Bachman Williams i O'Leary, 2007; Rosen et al., 2008a, 2008b; Pillemer et al., 2011; Sifford-Snellgrove et al., 2012) i algun treball de revisió (Soreff, 2012), encara que amb diversitat d'abordatges i metodologies, coincideixen a assenyalar que parlem d'un comportament potencialment freqüent i perjudicial en residències de persones grans, amb conseqüències per a les víctimes, en termes de danys tant físics com psicològics, per al personal, i per al clima social dels centres d'atenció destinats a persones grans en general. L'estudi de l'agressió resident a resident també s'ha de fer tenint en compte les dades de la població gran que a Espanya i a les Illes Balears viu en aquests recursos, i contextualitzar-lo des d'un punt de vista sociodemogràfic en augment. La població a Espanya en habitatges col·lectius arriba a les 444.101 persones, segons les dades dels censos de població i habitatges de 2011, fet que suposa un augment d'un 90,3% si ho comparem amb dades preses el 2001. Un 60,9% d'aquestes persones es troben en residències de persones grans: 270.286 persones, un 68,6% de les quals són dones, segons dades de l'INE del darrer cens, de 2011. La proporció és de 2,18 dones per cada home i, per grups d'edat, més de set dones per cada home en edats superiors a 100 anys. De la comparació realitzada amb la població total per edat i sexe, podem comprovar que les dones mostren una propensió més gran a viure en residències de persones grans

que els homes en totes les edats, tant a Espanya com a les Balears (gràfics 1 i 2). L'11,8% dels homes i el 18,1% de les dones viuen en residències a partir dels 90 anys (INE, 2013). Pel que fa a aquesta qüestió, les Illes Balears és una de les comunitats autònomes amb menor percentatge de població que resideix en establiments col·lectius, un 0,64%; parlem de 7.043,22 persones. Per nacionalitats, 1.973 persones són estrangeres, fet que suposa el 0,7% del total dels que viuen en residències (INE, 2013).

**Gràfic 1** | *Proporció de població que viu en residències de persones grans per edat i sexe respecte de la població total (INE, 2013)*



**Gràfic 2** | *Proporció de població que viu en establiments col·lectius per edat i sexe respecte de la població total de les Illes Balears.*



Tot això acumula el pes necessari per ocupar-nos del tema, si bé, atesa la seva naturalesa oculta i la situació de la investigació d'aquest tema al nostre país, ho fem des d'una perspectiva exploratòria a partir de les dades del treball realitzat de revisió i de recollida de dades en residències de persones grans i de notícies en premsa en relació amb la realitat de les Balears; una primera passa que esperam tindrà conseqüències posteriors amb l'establiment d'una línia d'investigació sistemàtica i exhaustiva sobre aquesta qüestió que permeti profunditzar en el coneixement i en la intervenció en aquest problema.

## 2. Incidència i prevalença de l'ARR en residències per a persones grans

D'acord amb la literatura sobre el tema, l'ARR és en aquest moment en les primeres fases de la investigació exploratòria. Ja hem comentat que els estudis relatius al coneixement d'aquesta problemàtica són encara escassos, i molts s'han dut a terme amb diferents metodologies que, en la majoria de casos, han tingut a veure amb l'interès per ampliar i profunditzar en el seu coneixement respecte a estudis posteriors. La primera passa necessària per poder comprendre i caracteritzar amb precisió l'ARR és disposar de dades de la seva incidència i prevalença, i aquestes no estan encara disponibles, encara que alguns estudis preliminars assenyalen que aproximadament un 36% de la violència que es produeix a les residències de persones grans és entre residents (Allien et al., 2003; Bharucha et al., 2008; Sifford-Snellgrove et al., 2012). De fet, la informació que acompanya els estudis sobre ARR aporta indicadors indirectes de la seva prevalença per suplir aquesta absència de dades. Com indiquen Rosen et al. (2008a), una possible explicació d'aquesta pobresa de dades té a veure amb la realitat de la informació que uns i altres estan disposats a proporcionar. Hem de tenir en compte que hi ha molts de factors que limiten la possibilitat d'accedir a les dades: per una banda, tant els residents com els familiars solen estar poc inclinats a denunciar els abusos, per por de les represàlies, o bé al centre, o bé en haver d'abandonar el centre, fet que podria ser un problema, tant per al resident com per a la seva família. Per la seva part, i pel que fa als treballadors i els administradors, poden pensar que informar sobre l'ARR serà negatiu per a la imatge del centre i també per a la seva pròpia assumpció de responsabilitat i capacitat de gestionar aquests problemes, amb el que això pot significar en termes de conservar o no el lloc de treball o d'investigacions posteriors de l'Administració. De totes formes, i sense deixar de banda les cauteles comentades respecte a la informació proporcionada per les persones que formen part de les residències d'ancians, també es disposa d'algunes dades d'estudis pilot i d'indicadors indirectes, com queda recollit al treball de Rosen et al. (2008a). Aquests autors varen dur a terme dos estudis pilot, un amb residents i un altre amb personal cuidador, sobre aquesta qüestió. El primer, amb residents, va aportar un percentatge del 2,4% d'ARR verbal i del 7,3% de física, dues setmanes abans d'haver estat entrevistats, i els residents qualificaven els fets com a moderadament o extremadament perjudicials per a les activitats diàries. El segon es va dur a terme amb infermeres entrenades en observació, i utilitzant un instrument de registre

mitjançant el qual es varen identificar 30 episodis d'ARR en un sol torn de 8 hores, 17 dels quals eren ARR físiques. D'acord amb aquests percentatges, és evident l'alta incidència i prevalença de les ARR a partir d'aquests estudis. De totes maneres, i tenint en compte la falta de dades i les dificultats ja comentades per accedir-hi, l'evidència indirecta també aporta informació que pot ajudar a comprendre la magnitud de l'ARR que podria estar produint-se en aquests recursos, i l'interès de conèixer-la. Encara que no profunditzarem aquí sobre aquesta qüestió, perquè no és l'objectiu d'aquest treball, és important tenir-ho en compte de forma prèvia a qualsevol abordatge sobre la seva incidència i prevalença. Atesa l'absència de dades, els autors citats reconeixen la importància d'aproximar-se a aquesta problemàtica tenint en compte diverses fonts d'informació. Es tracta d'aproximar-se a les característiques generals de la població que integra les residències de persones grans recollides en la literatura publicada sobre aquesta qüestió, i que fan reflexionar sobre l'agressivitat que pot donar-se o no en les relacions entre residents en funció de les residències. Així doncs, la literatura recull perfils de residents amb comportaments agitats i disruptius, atès que un percentatge important d'ells presenta deteriorament cognitiu en diferents fases; la literatura sobre el maltractament a persones grans indica que la fragilitat i la demència —que normalment afecta un nombre important de residents—, constitueixen factors de risc de maltractament; les investigacions sobre violència contra el personal cuidador en residències apunten percentatges de violència diària del 18%, la presència de malaltia mental greu a les llars d'ancians, la qual pot anar associada a problemes de comportament pertorbador i agressiu, i l'evidència de perfils de persones ancianes amb seriosos problemes de comportament que en algun moment varen tenir problemes amb la justícia i/o varen estar a la presó (Rosen et al., 2008a). D'acord amb aquests indicadors, els problemes d'agressió entre residents troben un context facilitador, el qual després podria matisar-se en funció dels dissenys arquitectònics dels centres relacionats amb les necessitats dels residents, les habilitats dels professionals dels centres per donar resposta a les agressions i, en definitiva, els mecanismes previstos per conèixer-les, fer-ne una predicció i abordar-les.

### 3. Conceptualització i abordatge metodològic de l'agressió interpersonal entre residents

Els estudis realitzats sobre el tema defineixen l'agressió interpersonal en residències: «l'agressió resident a resident (ARR) es defineix com les interaccions negatives i agressives físiques, sexuals o verbals entre els residents de centres de cures a llarg termini (residències d'ancians), que en un entorn comunitari podrien considerar-se no desitjades i que tenen un alt potencial per causar sofriment físic o psicològic a qui les rep» (Rosen et al., 2008a; Pillemer et al., 2011). Els dits estudis s'han dut a terme partint de dos models conceptuals que reflecteixen diferents fases en el coneixement de l'ARR. Per una banda, i potser perquè és un dels primers estudis sobre el tema, Shinoda-Tagawa et al. (2004) varen treballar a

partir d'un model orientat a analitzar tant el nombre dels incidents o agressions entre residents, com la seva naturalesa i característiques. Una perspectiva de molt d'interès, en un estudi inicial sobre el tema, el qual va fer saltar l'alarma sobre la necessitat d'investigar un problema que quasi no havia merescut atenció dels investigadors, a pesar de la seva importància en termes de la probable incidència i prevalença, i de les seves conseqüències. Segons els resultats del treball d'investigació d'aquests autors, els factors més freqüents en els residents que experimenten ARR són: sexe masculí, alteració del comportament (especialment assenyalen el comportament errant), dependència funcional moderada i deteriorament cognitiu. Les lesions més comunes entre les víctimes varen ser laceracions, contusions i fractures. El lloc més comú d'ARR són les habitacions dels residents, encara que els passadissos i el menjador també eren llocs d'ARR. Altres aspectes d'interès al treball de Shinoda-Tagawa i els seus col·laboradors pel que fa als factors de risc, són que els residents lesionats eren físicament més independents que els controls, però també presentaven un deteriorament més gran en el funcionament mental. Aquest tipus d'abordatges, en línia amb les investigacions sobre violència de gènere, han aportat dades importants sobre aquest problema. Així, per exemple, el treball de Rosen et al. (2008b), a partir d'un estudi de grup focal, va recollir informació tant dels residents com del personal que se n'encarregava, i va identificar 35 categories diferents d'ARR física, verbal i sexual. El comportament més comú era els crits. Dels 29 antecedents que els autors varen identificar que donaven lloc a comportaments d'ARR, cridar i fer renou varen ser els més freqüents. Els llocs identificats eren diferents espais de la residència, principalment menjadors (81%), habitacions dels residents (61%), passadissos i sales de televisió (38%) i ascensors (31%); l'ARR es produïa en diferents moments del dia, freqüentment l'horabaixa (56%), la nit i el matí (13%) i en qualsevol moment del dia (19%). Un conjunt de dades que aporta molta informació per poder desenvolupar accions preventives i també per analitzar de forma més precisa els antecedents del comportament violent en aquests contextos d'interacció quotidiana continuada. El coneixement de la percepció dels professionals sobre l'ARR, amb metodologia d'entrevista, aporta també dades importants; cal destacar els treballs de Sifford-Snellgrove et al. (2012) sobre la percepció del personal responsable de l'atenció en residències de les característiques de víctimes i els indicadors en els episodis d'ARR que influeixen en el seu desenvolupament. Pel que fa als agressors, el temperament i els prejudicis negatius sobre els altres són els trets més destacats. Així doncs, aquests residents són descrits pel personal com a persones que: a) «en tenen més en tot», és a dir, més bona memòria i més poca paciència que els altres, «saben més que els altres»; b) tenen una personalitat molt forta, mostren conductes d'ajuda no demanades, hom les defineix com a «manaires»; c) tenen molt poca paciència, són impacients i s'enfaden amb facilitat, han tingut sempre el «geni curt»; d) en la seva història de vida hi ha molts de prejudicis racials i perceben les seves víctimes com a persones que no els agraden i/o s'assemblen a algú que els va fer alguna cosa negativa en el passat. Pel que fa a les característiques de les víctimes, el personal va descriure com a característiques fonamentals el deteriorament cognitiu i la confusió. Els descriuen com: a) persones que mostren desconeixement, o sigui, que

no són conscients del que fan, tenen una demència avançada i problemes de memòria; b) tenen dificultats per comunicar-se, és a dir, tenen dificultats per parlar, repeteixen la mateixa cosa innumbrables vegades, demanen el mateix una i altra vegada, i tenen problemes d'audició; c) es mouen molt i d'un lloc cap a un altre en l'entorn, en el passat varen ser persones molt fortes, poden caminar amb un caminador i es desplacen a qualsevol lloc. Els autors de l'estudi fan ressaltar la importància d'analitzar la interacció entre les característiques dels agressors i de les víctimes en l'ambient social. Es tracta de característiques d'uns i d'altres que, combinades, generen comportaments negatius que poden ser de molt alta intensitat amb resultats de dany. Des d'aquesta perspectiva i per a la prevenció de l'ARR, és important que els centres disposin d'aquesta informació, abans de l'entrada a la residència, per poder prevenir els episodis de violència i organitzar l'espai físic i ambiental en funció de les necessitats i característiques dels residents.

Un segon model conceptual, el model ecològic social, ha orientat bona part de les investigacions posteriors (Pillemer et al., 2011) i representa una passa més en la selecció d'estratègies preventives de l'ARR. A partir d'aquest model s'investiga la interconnexió de les interaccions amb el seu entorn físic i sociocultural. S'estudien els comportaments des d'una perspectiva explicativa àmplia i, per tant, menys orientada a anàlisis lineals i individuals d'incidents i/o de perfils psicològics d'agressors o de víctimes. Així doncs, els comportaments específics s'analitzen en context, és a dir, com a interaccions entre els individus i l'entorn físic i social. Aquest model postula que, fins i tot si el comportament d'un resident pareix que és l'origen d'un problema, tal comportament no té lloc en el buit, sinó que està determinat per l'entorn físic i social (Grzywacz i Fuqua, 2000, Pillemer et al., 2011). D'acord amb això, l'agressió interpersonal entre residents s'estudia des de les necessitats ajust-persona-entorn, i els antecedents i conseqüències per a les dues persones implicades en l'agressió; la finalitat és ampliar la comprensió sobre allò que ha contribuït al desenvolupament del comportament agressiu.

Un exemple d'aquest enfocament socioecològic queda recollit a l'estudi de Pillemer et al. (2011), l'objectiu del qual era identificar les principals formes que adopten els esdeveniments agressius a les residències d'ancians. Per aconseguir-ho, varen recollir dades a partir de diverses fonts: els residents, el personal cuidador i l'observació directa, la qual cosa també els va possibilitar ampliar les tipologies d'ARR i captar-ne la complexitat en el context de les residències d'ancians. Les conclusions d'aquest estudi han aportat informació valuosa per millorar les accions preventives i d'intervenció en aquest problema. De fet, atesa la diversitat dels tipus d'esdeveniments agressius que es produeixen en aquest context, els autors destaquen la necessitat de treballar la individualitat de les situacions agressives en el context ambiental en què es donen. Tractar l'ARR des d'aquesta perspectiva suposa individualitzar les mesures tenint en compte que, encara que el comportament d'agressió pugui ser el mateix, les mesures han d'adequar-se a cada resident. Així, per exemple i com els mateixos autors indiquen, la



separació de forma rutinària de les persones involucrades en ARR sense una comprensió del context, pot tenir efectes nocius; per exemple, limitar potencialment la xarxa social dels residents en un entorn en què la interacció social és de summa importància. Per una altra part, tenir en compte el context implica entendre que el mateix context pot contribuir a l'ARR i, per tant, ser susceptible de millora.

#### 4. L'ARR a Espanya i les Balears. Una aproximació al seu estudi

L'aproximació a l'ARR l'hem realitzat tenint en compte, d'una banda, les notícies publicades a la premsa d'Espanya i de les Balears i, d'altra banda, s'han dut a terme entrevistes a professionals de residències d'atenció a persones grans de Mallorca utilitzant una petita bateria de preguntes a partir de la literatura internacional sobre el tema. En l'anàlisi de notícies dels dos diaris nacionals (*El País* i *El Mundo*) i dels dos diaris de les Balears (*Última Hora* i *Diario de Mallorca*), trobam en onze anys (gener de 2004-juny de 2015), 14 notícies de casos de violència resident-resident. La mitjana d'edat dels agressors és de 81,54 anys, i la mitjana d'edat de la víctima, de 87,64 anys, per tant, la víctima és una mitjana de 6,1 anys més gran. Molts dels agressors presenten la malaltia d'Alzheimer, demència o deteriorament cognoscitiu i, en altres casos, o no en presenten o aquests es desconeixen. Algunes víctimes també pateixen demència o discapacitat. Tots els agressors són homes i les víctimes són tant homes com dones. Quan les víctimes són dones, sol ser un cas de violència de gènere, ja que eren parella sentimental. Entre els homes els motius són les discussions, tot i que, en molts dels casos, no ha quedat clar quin era el motiu. La majoria només són companys de residència, alguns també d'habitació i alguns d'ells són germans o, com abans hem comentat, parelles sentimentals. Se n'han trobat casos en diversos punts d'Espanya. El tipus d'agressió sol ser amb objectes que es tenen a mà (un bastó, un caminador, un ganivet, les mans...), de manera que les agressions no pareixen premeditades. Tot i així, en una ocasió es va emprar una escopeta. 10 dels 14 casos són assassinats, en dos dels casos la víctima estava en estat greu, i en dos només va ser una agressió.

Per la seva banda, i pel que fa a la percepció dels professionals de les residències de persones grans entrevistats sobre el tema de l'ARR, cal indicar que les dades s'han recollit d'entrevistes a professionals (psicòlegs, treballadors socials, educadors) de 12 residències mixtes: 2 de privades, 2 de concertades i 8 de públiques. Hi ha 4 residències grans: dues de 120 places, una de 368 i una altra de 545 places, tres de mitjanes, de 102, 95 i 80 places, i 5 de petites, de 50, 47, 45, 42 i 31 places.

La majoria dels professionals entrevistats coincideixen a assenyalar que la relació és bona entre els residents; que només hi ha algun conflicte, però els residents es relacionen de forma assertiva per norma general. Un dels entrevistats fa comparació amb un poble,

on hi pot haver gent amb la qual et dus millor o gent amb la qual et pots dur pitjor. El problema que podem trobar és que en aquest cas és diferent, en un poble no has de conviure en un espai comú tan reduït. Els residents que en el poble no tenien bona relació, ara han de conviure, això passa sobretot en les residències petites dels pobles, encara que són les que menys conflictes presenten. En general, tots fan referència als típics conflictes de convivència (renous, hàbits d'alguns residents que poden ser molestos...), freqs o malentesos que es produeixen en una residència o en qualsevol lloc on les persones conviuen. La tipologia dels conflictes, a part dels de convivència esmentats anteriorment, són per reclamar l'atenció (qualificats com de tipus egoista pel professional entrevistat). Un altre tema és el dels robatoris, que duu a molts d'enfrontaments, encara que en realitat, en la majoria dels casos, els residents han perdut el bé que es pensen que els han robat o els ho ha agafat de forma inintencionada algun resident que pateix una demència. Alguns s'atreveixen a donar dades aproximades, com que en el 99,9% dels casos hi ha bones relacions.

Gairebé cap dels professionals entrevistats diu que a les residències s'arribi a les agressions físiques, com a molt, amenaces. Alguns diuen que ha passat alguna vegada, però de forma molt aïllada; un treballador social ens dóna percentatges de 98-99% de conflictes lliures d'agressions físiques. En una residència ens parlen de dues agressions físiques en 12 anys, en una de les quals els residents ja estaven enfrontats d'abans i només va ser per una topada i el segon enfrontament, ara fa tres anys, va ser entre companys d'habitació, hi va haver una discussió i un va rompre el gaiato de canya damunt l'esquena de l'altre. No es varen tornar a parlar entre ells, però tampoc a barallar ni a tenir cap més conflicte. Una altra residència també parla d'absència d'agressions físiques, un pic per una descompensació, però no se n'han donat més. Les agressions físiques, com els conflictes, pareix que esdevenen més en residències grans, on diuen que han hagut de separar residents i es donen 4 o 5 vegades l'any. No van a més perquè el personal hi intervé.

El perfil dels agressors és el de persones d'alt poder adquisitiu, que no estan acostumades a esperar i els costa més adaptar-se a unes normes, ens comenten majoritàriament les residències privades. Les altres anomenen persones amb deteriorament cognitiu moderat, Alzheimer, persones amb trastorns mentals, persones de caràcter fort, que volen cridar l'atenció, etc. Una residència fa referència al fet que les dones són més temperamentals i tenen més conflictes, dada que contradiu les notícies, en què tots els agressors són homes. Tenint en compte el que diu la literatura i també el que hem vist a les notícies recollides sobre el sexe dels agressors, podria ser que les dones s'expressin més de forma verbal i els homes, quan esclaten en un conflicte, ho fan de forma més agressiva. En general, els entrevistats coincideixen que sempre són les mateixes persones les generadores de conflictes. Les residències públiques tenen més problemes, ja que reben tots els casos, casos complicats, d'exclusió social, baix nivell econòmic, etc.

Pel que fa a les solucions que donen aquests professionals entrevistats, en general, són primer fer una valoració del que ha passat: fan una anàlisi si els residents tenen antecedents de trastorn mental com esquizofrènia, trastorn bipolar o d'ansietat o estan en plenes facultats físiques, ja que el cas seria diferent, o si necessiten anar al neuròleg per ajustar la dosi de medicació. També es mira si tenen infecció d'orina, ja que aquest problema de salut pot dur a comportaments agressius. Després es du a terme una mediació entre els participants i, un pic realitzada, una de les principals solucions a les quals s'arriba són les reubicacions. Utilitzen la psicoeducació, l'aïllament dels que volen cridar l'atenció, mesures de caràcter disciplinari sobre el reglament de règim intern, posen faltes i, si tenen faltes greus, els residents són expulsats de la residència, encara que diuen que no arriben mai a aquest extrem. Una residència du a terme un sistema de registre de conflictes que tots els professionals tenen per anar registrant tot el que pugui passar.

Tenint en compte els problemes que es generen a les habitacions dels residents ja indicats en la literatura, per compartir habitació es fa una reunió i una valoració de tot l'equip interdisciplinari. La valoració és sobre l'estat físic i psíquic de la persona, a part del seu caràcter, i es mira de posar juntes persones de caràcters compatibles i que puguin ser afins. Per exemple, es té en compte si la persona ronca i pot molestar el company, si els dos residents són de la mateixa cultura, el criteri d'edat i de sexe. Divideixen les persones per plantes segons el seu estat de salut, dels més vàlids als que presenten Alzheimer, demències, tendència a fugir o caigudes, fins als més dependents. Tal com hem vist a partir de la informació recollida mitjançant aquestes entrevistes, hi ha residències que tenen problemes d'espai, saben que hi ha persones conflictives que tindran problemes amb tots, però no tenen lloc per separar-les de la resta. Algunes de les residències no fan ni valoració, van limitades d'espai i van situant els residents així com arriben, després ja es fa intervenció si hi ha conflicte. Les residències amb habitacions individuals presenten menys conflictes. El professional entrevistat d'una de les residències ens explica com, passant d'habitacions compartides a individuals, es varen reduir de forma significativa els conflictes.

Els entrevistats pensen que estan gestionant de forma correcta els conflictes, encara que alguns pensen que s'hauria de fer una reconsideració i treballar per millorar. Alguns diuen que falten eines i armes per donar solucions, en l'aspecte formatiu, sobre la resolució de conflictes.

D'acord amb les informacions recollides a les entrevistes, cal indicar que els centres no contenen o no coneixen la seva pròpia realitat o, almenys, aquesta no coincideix amb el que diu la literatura sobre el tema. Cal tenir en compte, però, que les residències, excepte una, no disposen de protocols de recollida de dades sobre conflictes i/o incidents violents entre residents.

## 5. Conclusions i línies de futur

D'acord amb la revisió de la literatura, l'agressió entre residents en residències de persones grans de llarga durada és un problema important que té conseqüències per a les persones que hi participen i per a l'entorn, tant l'organització com el clima social, en el qual es duen a terme. Segons les dades sociodemogràfiques dels països més desenvolupats, el nombre de persones grans va en augment i seguirà augmentant en el futur a causa fonamentalment de l'augment de l'esperança de vida. Aquest augment del nombre de persones grans i de l'esperança de vida també porta en si un nombre important de persones amb problemes associats a la dependència i un augment del nombre de persones que viuen o viuran en residències una part important de la seva vida. Les disfuncions cognitives tenen una incidència i prevalença important ara i la tindran també en el futur, i projeccions properes d'aquí a quinze anys apunten que més de deu milions de persones amb demència residiran en centres de persones grans (Allin et al., 2003; Bharucha et al., 2008; Sifford-Snellgrove et al., 2012). Un percentatge important d'ells sofrirà problemes de violència en algun moment d'aquell procés i de la seva estada en centres residencials. L'agressió resident a resident (ARR) és un d'aquests problemes. Un problema que és important conèixer per poder preveure i tractar, tant abans que es presenti com quan es produeixi. Al nostre país el tema encara està en els inicis. Els casos que es recullen a la premsa solen ser casos extrems amb resultat de mort, encara que el perfil dels casos coincideix amb l'assenyalat per la literatura revisada. La majoria de residències de persones grans no disposen de registres dels conflictes que es produeixen entre residents ni de protocols d'intervenció més enllà, tal com hem recollit en la nostra mostra, de l'ús de la mediació. En el que respecta al perfil dels agressors i de les víctimes, o fins i tot dels problemes o situacions que es produeixen i que són motiu de discussió, i a pesar de les limitacions d'aquest estudi, coincideixen d'una forma àmplia amb els que recull la literatura comentada.

Segons diuen els nostres entrevistats a les entrevistes, les dones són més temperamentals, fet que discorda amb les notícies trobades sobre el tema, en què totes les agressions provenen d'homes. Podem pensar, doncs, que les dones expressen més els seus conflictes, fan més ús de la comunicació, sigui o no assertiva, i els homes no discuteixen, però en els casos greus utilitzen les agressions físiques.

Les agressions entre residents es produeixen per diferents motius, com el perfil de l'agressor i de la víctima, l'entorn ambiental, les ràtios, etc. Cada vegada hi haurà més gent gran a les residències, així doncs, és important prevenir aquest problema i, no només amb mediació, la tècnica aplicada en tots els centres, també amb canvis en l'entorn arquitectònic, en les ràtios de les persones grans i el personal, en la separació dels residents amb diferents problemàtiques, etc. Disposar de sistemes de registre del nombre i tipologia de maltractaments a les persones grans, de protocols de detecció i actuació que estiguin consensuats entre totes les residències i entitats implicades pot servir d'ajuda.

Tal com hem pogut conèixer mitjançant els fins ara escassos estudis revisats, hi ha algunes qüestions que són més prioritàries que d'altres en aquest procés d'accés al coneixement en l'ARR. Al nostre país, és evident que el coneixement de la seva incidència i prevalença als centres residencials és una d'aquestes. Aquesta qüestió ens duu al tema de les metodologies d'abordatge en la recollida de dades per al seu coneixement. Hem vist com és d'important conèixer les característiques de l'agressor i de la víctima, i també i especialment, de la conducta agressiva en si, en el mateix context en què es produeix. Això és així perquè en moltes ocasions no és només un problema de perfils de l'agressor o de la víctima (els quals també és necessari conèixer fins i tot abans de l'entrada al centre residencial), sinó de les situacions, moltes evitables, del context en el qual es produeixen. En aquest context és important disposar d'instruments de recollida de dades que permetin llançar llum sobre aquest problema i també que motivin al personal i als residents a millorar el context en què viuen. Implicar-los en la recollida de dades, en l'anàlisi del problema i en les solucions és un aspecte important. La formació i l'entrenament específic del personal d'aquests centres és també una tasca important. No només la recollida de dades, també la gestió dels conflictes i la gestió del clima a través de la planificació i gestió adequada dels espais en funció de les característiques i necessitats dels residents, són habilitats específiques que sens dubte afavoriran la prevenció i gestió de l'agressió resident a resident en residències de persones grans.

## Referències bibliogràfiques

Agresiones entre personas mayores, un problema creciente. (17 d'octubre de 2002). *DM Medicina*. Recuperat de: <http://dmmedicina.com/>.

Allin, S.J., Bharucha, A., Zimmerman, J., Wilson, D., Roberson, M.J., Stevens, S. i Atkeson, C.G. (2003). Toward the automated assessment of behavioral disturbances of dementia. *Paper presented at the meeting of the Fifth International Conference on Ubiquitous Computing and the Second International Conference on Ubiquitous Computing for Pervasive Healthcare Applications*. Seattle, WA: IEEE.

Argés exigirá responsabilidades por el asesinato de un anciano en su residencia. (8 de novembre de 2012). *Castillalmancha*. Recuperat de: <http://encastillalmancha.es/>.

Bharucha, A.J., Vasilescu, M., Dew, M.A., Begley, A., Stevens, S., Degenholtz, H. i Wactlar, H. Prevalence of behavioral symptoms: Comparison of the Minimum Data Set assessments with research instruments. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 244–250.

Carretero, S. (2009). L'envelliment a les Illes Balears: perfil demogràfic de la població de seixanta-cinc anys i més. *Anuari de l'envelliment. Illes Balears. 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Condenan a un anciano que agredió a otro en la residencia. (14 de febrer de 2006). *El Periódico Extremadura*. Recuperat de: <http://www.elperiodicoextremadura.com/>.

Dado de alta el anciano que mató a una mujer en un geriátrico. (25 de juny de 2007). *El País*. Recuperat de: <http://www.elpais.com/>.

Detenido un anciano por matar a otro con un andador en una residencia. (2 de juny de 2015). *El País*. Recuperat de: <http://www.elpais.com/>.

Detenido un octogenario por atacar con un bastón a otro anciano en una residencia. (11 de desembre de 2009). *Diario de Mallorca*. Recuperat de: <http://diariodemallorca.es/>.

Fallece un anciano por una agresión en una residencia de la tercera edad en Buñol. (9 de setembre de 2008). *El Mundo*. Recuperat de: <http://www.elmundo.es/>.

Govern de les Illes Balears. Conselleria de Família i Serveis Socials. Mapa de recursos a la dependència, Illes Balears. Consultat el 16 de juny de 2015. Recuperat de: <http://xpad.ssib.es/mapa/httpdocs/index.php>.

Grzywacz, J.G., Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: Leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*, 26, 101-115.

Instituto Nacional de Estadística (2011). Censos de población y viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos. Recuperat de: [www.ine.es](http://www.ine.es).

Lachs, M. Bachman, R., Williams, C.S. i O'Leary, J. (2007). Resident-to-resident elder mistreatment and Police contact in nursing homes: Findings from a population-based cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 840-845.

Marín, M. C. (2014). Mediación con personas mayores. Otra manera de resolver conflictos. Consultat el 23 de juny de 2015. Recuperat de: <http://www.guiaserviciosparamayores.es/>.

Muere la anciana hallada con unas tijeras clavadas en un geriátrico de Ciutadella. (17 d'agost de 2011). *Última Hora*. Recuperat de: <http://www.ultimahora.com/>.

Muere un anciano tras un altercado en una residencia geriátrica de Sangüesa. (1 de juny de 2015). *Europapress*. Recuperat de: <http://www.europapress.es/>.

Observatori de les Persones Majors de Mallorca (2013). Informe: Perfil sociodemogràfic i recursos per a les persones majors de Mallorca. Recuperat de: <http://www.imasmallorca.net>.

Observatori de les Persones Majors de Mallorca (2013). Anàlisi del perfil sociodemogràfic i dels recursos adreçats a les persones majors de Mallorca. Recuperat de: <http://www.imasmallorca.net>.

Observatori de les Persones Majors de Mallorca (2015). Anàlisi de la qualitat de vida de les persones majors a Mallorca. Recuperat de: <http://www.imasmallorca.net>.

Pillemer, K., Connolly, M. T., Breckman, R., Spreng, N. i Lachs, M. (2015). Elder mistreatment: priorities for consideration by the White House Conference on Aging. Special Issue 2015 WHCoA. Consultat el 24 de juny de 2015. Recuperat de: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/>.

Pillemer, K., Chen, E. K., Van Haitsma, K. S., Teresi, J., Ramírez, M., Silver, S., Sukha, G. i Lachs, M. S. (2011). Resident-to resident aggression in nursing homes: results from a qualitative event reconstruction study. *The Gerontologist*, 52(1), 24-33.

Rosen, T., Pillemer, K. i Lachs, M. (2008a). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: and understudied problem. *Aggressive Violent Behavior*, 13(2), 77-87.

Rosen, T., Lachs, M. S., Bharucha, A. J., Stevens, S-M., Teresi, J. A., Nebres, F. i Pillemer, K. (2008b). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: insights from focus groups of nursing home residents and staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), 1398-1408.

Rosen, T., Lachs, M.S., i Pillemer, K. (2010). Sexual aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an under-recognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 1071-1079.

Shinoda-Tagawa, T., Leonard, R., Pontikas, J., McDonough, J. E., Allen, D. i Dreyer, P. I. (2004). Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. *Journal of the American Medical Association*, 291, 591-598.

Sifford-Snellgrove, K. S., Beck, C., Green, A. i McSweeney, J. C. (2012). Victim or Initiator? Certified Nursing Assistants' Perceptions of Resident Characteristics that Contribute to Resident-to-Resident Violence in Nursing Homes, *Research in Gerontological Nursing*, 5(1), 55-63.

Soreff, S. (2012). Violence in the nursing homes: Understandings, management, documentation and impact of resident to resident aggression. In Olisah V . (Ed.), *Essential notes in psychiatry*. Consultat el 24 de juny de 2015. Recuperat de: <http://www.intechopen.com/>

Un anciano acuchilla a su pareja en una residencia. (7 de juny de 2013). *Diario de Mallorca*. Recuperat de: <http://diariodemallorca.es/>.

Un anciano apuñala a otro en una residencia de Huelva. (6 de febrer de 2004). *El País*. Recuperat de: <http://www.elpais.com/>.

Un anciano de 78 años mata a bastonazos a otro de 92 en una residencia de Toledo. (9 de gener de 2014). *El País*. Recuperat de: <http://www.elpais.com/>.

Un anciano mata a otro a bastonazos en una residencia de Toledo. (9 de gener de 2014). *El Mundo*. Recuperat de: <http://www.elmundo.es/>.

Un discapacitado mental muere tras ser agredido por un compañero de residencia. (4 d'abril de 2013). *El País*. Recuperat de: <http://www.elpais.com/>.

Un hombre de 82 años mata a su esposa de 81 en una residencia de ancianos de Almen-dralejo. (19 de gener de 2004). *El País*. Recuperat de: <http://www.elpais.com/>.



## Autores

### 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 i en educació de persones grans. L'any 1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà van crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013.

És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques i l'educació per a la competència familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat i diverses investigacions europees en el context de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans en diversos països europeus. És la directora de la International Summer Senior University. És subdirectora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB.

### AINA MASCARÓ JUAN

Manacor (Illes Balears), 1989. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears i Màster de Mediació en Conflictes per la Universitat de Barcelona. Actualment és tècnica d'investigació en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB.

**LA GENT GRAN  
ALS CENTRES PENITENCIARIS**

---

## **La gent gran als centres penitenciaris**

Lydia Sánchez Prieto

Ladislao Bernaldo de Quirós y Lomas

## Resum

Una falsa certesa que transcendeix a la societat és que la gent gran no té una capacitat criminal rellevant. Els últims anys s'ha constatat un augment de la població presa de més de seixanta anys, circumstància que està associada, especialment, a l'increment de la longevitat. A més, aquest sector de la població té moltes més necessitats i demandes que els joves, i són influenciades, sens dubte, per les condicions ambientals carceràries que agreujaran els processos d'envelliment. Això no obstant, no s'identifiquen ni mòduls especials ni recursos específics que puguin satisfer les necessitats de la gent gran interna. Aquesta mancança provoca que sorgeixin, d'una banda, tot un seguit de limitacions i problemes associats, i, de l'altra, problemes vinculats a l'edat, com poden ser un augment prou significatiu de les limitacions i dels trastorns.

Aquest article fa un repàs jurídic a les principals disposicions i als articles que es refereixen a aquell col·lectiu, i també analitza les característiques principals dels presos d'edat avançada. Entre les estratègies principals es recomanen polítiques sanitàries de prevenció que impedeixin l'elevat desenvolupament de patologies i així, combinat amb una millora de la qualitat de vida, s'evitarien els elevats costos que arrossegueu. Això a banda, es recomana que es revisin els protocols d'excarceració i que se n'avaluïn els beneficis, no solament per als presos grans, sinó també per a la comunitat. Així mateix, es proposen una sèrie d'estratègies que millorarien les intervencions actuals: més acompanyament familiar, millores en la interacció amb altres interns joves i programes de reinserció específics per als més grans, entre d'altres.

## Resumen

Una falsa certeza que trasciende a la sociedad es que las personas mayores no poseen una capacidad criminal relevante. En los últimos años se identifica un incremento de la población reclusa mayor de sesenta años, asociado, especialmente, a un incremento de la longevidad. Pero además este sector de la población presenta un conjunto de necesidades y de demandas mayor que los más jóvenes, influenciadas, sin duda, por las condiciones ambientales carcelarias que exarcerarán los procesos de envejecimiento. Sin embargo, no se identifican ni módulos especiales ni recursos específicos que puedan satisfacer las necesidades de los presos mayores, por lo que se desarrollan toda una serie de limitaciones y problemáticas que se vincularan a esas carencias, por un lado, y a los problemas asociados a la edad, por otro, así como un significativo incremento de limitaciones y trastornos.

Este artículo realiza un repaso jurídico a las principales disposiciones y artículos que se refieren a ese colectivo, y analiza las principales características de los reos mayores. Entre las principales estrategias se recomiendan políticas sanitarias de prevención que

impidan el elevado desarrollo de patologías y, combinado una mejora calidad de vida, que se eviten los elevados costes asociados. Por otro lado, se recomienda una revisión de los protocolos de excarcelación, evaluando los beneficios, no solo para los prisioneros mayores, sino también para la Comunidad. De igual modo, también se referencian una serie de estrategias que desarrollarían mejoras en las intervenciones actuales: un mayor acompañamiento familiar, mejoras en la interacción con otros presos jóvenes y programas de reinserción específicos para los más mayores, entre otras.

---

## 1. Enfocament jurídic: les institucions especials per a la gent gran presa

Els primers establiments especials no varen ser de cap manera els geriàtrics penitenciaris. Per influència del pensament il·lustrat, la primera classificació penitenciària —en relació amb el que aquí interessa— es va centrar en la separació entre presos sans i malalts. Més en concret, entre sans i malalts mentals, encara que la distribució interior en els establiments carceraris sempre va tenir per norma la separació —més teòrica que real— entre persones adultes i joves.

La classificació més metòdica segons el tipus de presos va tenir lloc a partir d'una pragmàtica de Carles III de 1771, que diferenciava els penats segons el grau de presumpta perversitat. Tot i això, la separació dels presos joves es va produir el 1785 per posar fi als abusos freqüents que patia aquest grup de la població penal.

Amb la Llei orgànica 1/1979, de 26 de setembre, general penitenciària desapareix l'Institut Geriàtric, ja que el seu article 11 únicament reconeix com a establiments especials els centres hospitalaris, els centres psiquiàtrics i els centres de rehabilitació social. La norma reglamentària que desenvolupa aquesta llei, el Reial decret 1201/1981, de 8 de maig, que aprova el nou reglament penitenciari, deroga expressament el títol I del Reglament dels serveis de presons de 1956 i així se suprimeix qualsevol referència a l'Institut Geriàtric Penitenciari.

### 1.1. Les alternatives a la reclusió en el sistema espanyol

#### 1.1.1. La presó atenuada

La versió anterior de l'art. 505 de la Llei d'enjudiciament criminal (vigent del 16 de maig de 1980 al 27 d'octubre de 2003) disposava que: «Els jutges podran acordar la presó atenuada quan, per raó de malaltia de l'inculpat, l'internament comporti greu perill per a la seva salut». Després de la reforma de la Llei orgànica 13/2003, de 24 d'octubre, no es fa esment a aquesta mesura en aquell precepte. En l'actualitat, l'art. 508.1 conté una mesura semblant (LECRIM). La redacció de la Llei orgànica 15/2003, de 25 de novembre, disposa textualment:

El jutge o tribunal podrà acordar que la mesura de presó provisional de l'imputat es verifiqui al seu domicili, amb les mesures de vigilància que resultin necessàries, quan per raó de malaltia l'internament comporti greu perill per a la seva salut. El jutge o tribunal pot autoritzar que l'imputat surti del seu domicili durant les hores necessàries per al tractament de la seva malaltia, sempre amb la vigilància necessària.

Aquesta mesura, sens dubte més benèvola que la presó, té els mateixos efectes jurídics que la següent. Segons la Sala Segona del Tribunal Suprem, de 20 de juliol de 1992, EDJ 1992/8189: «ha de computar-se com una presó preventiva, per ser solució justa i no perjudicial per al reu».

Indubtablement, aquesta és una opció de l'òrgan jurisdiccional per aplicar en casos en els quals l'elevada edat és acompanyada d'un estat de salut precari.

### **1.1.2. Llibertat condicional per causa d'edat**

La normativa bàsica està continguda en els articles 90 i 92 del Codi Penal vigent (s'han de tenir en compte les modificacions introduïdes per les lleis orgàniques 7/2003, de 30 de juny, i 15/2003, de 25 de novembre) i en l'art. 196 del Reglament penitenciari de 1996 (en relació amb l'art. 195 del mateix cos normatiu).

Els nostres jutjats i tribunals consideren que el factor edat modula —però no exceptua— el règim general de la llibertat condicional, es conjuga amb les circumstàncies personals i penitenciàries del pres i és una dada que s'ha de considerar, encara que no és decisiva.

Abunden crítiques doctrinals i jurisprudencials a l'hora d'exigir la classificació prèvia en tercer grau de tractament per accedir a aquest benefici. També s'estenen les crítiques o bé es reconeix el caràcter problemàtic del requisit de «bona conducta» i, de manera semblant, però amb posicionaments més matisats, al «pronòstic de reinserció». Respecte del requisit de dificultat per delinquir i escassa perillositat, es va criticar la tramitació del precepte que l'allotja, si bé el Tribunal Constitucional considera no arbitrària ni infundada la resolució judicial que denegui la llibertat condicional quan falti aquest requisit. Quant a la satisfacció de les responsabilitats civils, les opinions estan dividides.

## **2. Problemàtica juridicoassistencial de la gent gran a la presó**

### **2.1. En circumstàncies ordinàries**

La Constitució, a l'art. 50, disposa, en relació amb la gent gran, que: «Els poders públics [...] amb independència de les obligacions familiars, promouran el seu benestar mitjançant un sistema de serveis socials que atendran els seus problemes específics de salut, habitatge,

cultura i oci. Traslladar aquest mandat constitucional a l'àmbit penitenciari significa lògicament que l'Administració penitenciària, per si mateixa o en coordinació amb altres administracions, faciliti els recursos necessaris per garantir aquell benestar».

## 2.2. Durant l'aplicació de sancions

Per descomptat, és poc freqüent que s'apliquin sancions a interns grans. Tot i això, pot haver-hi algun cas aïllat en el qual la conducta agressiva de l'intern, per gran que sigui, posi en perill o directament lesioni la integritat o llibertat d'una altra persona o, fins i tot, la pròpia integritat física o psíquica.

Quan es tracti de les sancions d'aïllament (254.1 RP 1996), naturalment el facultatiu li ha de fer una revisió diària. Amb independència de l'anterior, el metge haurà de girar les visites que per pròpia iniciativa o per ordre del centre directiu o del director de l'establiment siguin convenients (288.5, 10 i 11, RP 1981).

## 2.3. En l'ocupació de mitjans coercitius

Fins fa ben poc hi havia un capítol, no suficientment definit al panorama penitenciari espanyol, sobre el tipus de mitjans coercitius que es podrien aplicar en el cas que fos necessària la contenció. El reglament penitenciari solament preveu l'ús de grillons, un mitjà clarament poc adequat per a determinats interns, concretament, per als que aquí ens interessen: els presos grans. Es demanava un sistema eventualment menys nociu, com són les corretges de subjecció, emprades en la pràctica clínica amb pacients mentals, però també en altres àrees de la medicina.

Hi va haver algun autor que va cridar l'atenció sobre el cas particular dels interns d'edat avançada. Sembla que, finalment, aquest problema està en camí de ser resolt, després que s'hagi dictat la Instrucció 18/2007, de 20 de desembre, sobre subjeccions mecàniques, que permet l'ús de corretges, perquè és «un element menys traumàtic i lesiu, i, per tant, més humanitari».

## 2.4. L'eventual incapacitació

L'Administració penitenciària pot tenir coneixement que en algun dels seus establiments hi conviuen persones presumiblement incapaces. El concepte d'incapacitat és relativament ampli. La Recomanació Rec(99)4 del Consell d'Europa, a l'apartat I.2, assenyala que sota aquest terme poden acollir-s'hi tant una discapacitat mental com una malaltia o un motiu similar. La seva obligació, en aquest cas, és comunicar-ho al Ministeri Fiscal als efectes esmentats, ja que, encara que en general «qualsevol persona està facultada per posar en coneixement del Ministeri Fiscal els fets que puguin ser determinants de la incapacitació»,

la veritat és que «les autoritats i els funcionaris públics que, per raó dels seus càrrecs, tinguin coneixement de l'existència d'una possible causa d'incapacitació en una persona, hauran de posar-ho en coneixement del Ministeri Fiscal» (art. 757.3 de la Llei d'enjudiciament civil).

En conseqüència, una vegada que en el medi penitenciari es tingui notícia —generalment, a través dels serveis de tractament o metges— d'una possible incapacitat, el director de l'establiment, que «és l'obligat, en primer terme, a complir i fer complir les lleis, reglaments i disposicions en general» (art. 280.1 del Reial decret 190/1996, de 9 de febrer, pel qual s'aprova el reglament penitenciari), ho haurà de comunicar al Ministeri Públic, ja sigui a la Fiscalia d'Incapacitats —si ha estat detectada— o bé al fiscal en cap de l'Audiència Provincial corresponent —en qualsevol altra circumstància—, el qual assignarà el cas al fiscal corresponent.

## 2.5. Les instruccions prèvies i l'autotutela

Un altre dels supòsits que pot produir-se és que ingressi un pres d'edat avançada al qual li hagin detectat el començament d'una malaltia mental degenerativa. El procediment que cal seguir és informar-lo —abans que sigui incapaç— de la possibilitat prevista per la Llei 41/2003, de 18 de novembre, de protecció patrimonial de les persones amb discapacitat i de modificació del Codi Civil, de la Llei d'Enjudiciament Civil i de la normativa tributària amb aquesta finalitat, i que personalment nomeni el seu futur tutor en virtut de l'art. 223 del Codi Civil.

## 2.6. Els vincles socials del pres gran

Un dels aspectes que pot causar més desgast emocional al pres gran deriva del fet que, freqüentment, està privat de les visites dels néts menors d'edat. Respecte d'això hem d'indicar que la legislació i jurisprudència espanyoles reconeixen el dret a la vinculació familiar entre avis i néts, i que no hi ha cap raó que impedeixi que aquest dret no sigui reconegut a un avi solament per tenir la condició de pres.

La sentència de la Sala Primera del Tribunal Suprem, de 20 de setembre de 2002 (EDJ 2002/37177), estableix que la prova de l'existència d'una causa justa per impedir la comunicació entre avis i néts correspon als titulars de la pàtria potestat (tutors, si s'escau). I aquesta causa, perquè sigui justa, ha d'estar no solament acreditada, sinó que també ha de tenir una certa entitat. Per això, la Sala Primera del Tribunal Suprem, l'11 de juny de 1996 (EDJ 1996/3555), expressa que «cap justa causa no impedeix les relacions personals entre el menor i els seus avis».

El Tribunal Suprem ha estat contundent a l'hora de reconèixer que «els avis ocupen una situació respecte dels néts de caràcter singular» (Sala Primera del Tribunal Suprem, 28 de juny de 2004, EDJ 2004/82453) i és evident «el caràcter sempre enriquidor de les



relacions entre avis i néts» (Sala Primera del Tribunal Suprem, 20 de setembre de 2002, EDJ 2002/37177).

## 2.7. L'ingrés en institucions geriàtriques (no penitenciàries)

De vegades, fonamentalment a conseqüència del deteriorament cognitiu, la institució penitenciària ha de preparar el trasllat del pres a una institució geriàtrica. Seria el cas, per exemple, que s'iniciés l'expedient de llibertat condicional per raó d'edat i s'estimàs que les condicions del pres n'aconsellassin l'ingrés en aquest tipus d'institució assistencial.

Excepte algun autor que no considera aplicable l'art. 211 del Codi Civil (actualment, art. 763 de la Llei d'enjudiciament civil) a l'internament de persones en residències de gent gran, la majoria dels autors són proclius a aplicar el control judicial sobre aquest tipus d'internaments, ja que la finalitat del control judicial és garantir la legalitat d'una mesura que inqüestionablement és restrictiva de drets.

Aquest element teleològic constitueix l'element clau per advocar per la vigència d'un control judicial dels ingressos psicogeriàtrics.

En conseqüència, el procedent seria que, quan en un establiment penitenciari es detectés la presència d'un pres gran amb una deterioració cognitiva important o que necessitès atencions geriàtriques específiques, i, sempre que es compleixin la resta de requisits per a aquest efecte, se'n sol·licitàs la llibertat condicional per raó d'edat i/o de malaltia i, simultàniament, l'autorització judicial per a l'ingrés en l'establiment amb el qual s'hagi contactat —o amb el qual els familiars hagin contactat. Tot això en virtut de l'art. 763 del Codi Civil.

## 3. Informes de l'oficina del defensor del poble sobre la gent gran a la presó

La preocupació pel benestar de la tercera edat és manifestada pels responsables de les administracions públiques i per les figures que tenen la missió d'observar el grau de compliment dels acords socials en aquesta matèria. Per això, és summament freqüent trobar tot tipus d'anàlisi i informes particulars sobre l'atenció social, les residències de gent gran i les ajudes socials provinents de l'Oficina del Defensor del Poble i de les figures corresponents de les comunitats autònomes que assumeixen aquesta funció per transferència de funcions.

Després d'haver consultat els informes de la institució del Defensor del Poble del Govern d'Espanya des de l'any 2000 fins avui, s'objectiva que no fan cap al·lusió a la problemàtica de l'envelliment als centres penitenciaris.

Entre els informes consultats hi ha un ampli estudi dels drets de l'intern a les presons, però no fan esment a la manera com s'ha d'afrontar la problemàtica existent amb el col·lectiu dels ancians. El defensor del poble, en canvi, sí que tracta en el seu informe altres col·lectius minoritaris desprotegits, com poden ser les dones, els nens o els malalts psíquics. Els defensors del poble autonòmics tampoc no fan esment a l'envelliment en les institucions penitenciàries.

#### 4. Els presos grans en xifres

L'increment de la longevitat, així com l'envelliment de la població que prové del *baby boom*, i els qui la pròxima dècada arribaran a l'edat de jubilació faran que augmenti d'una manera significativa la població gran reclusa. Les projeccions indiquen que les xifres continuaran engrossint-se (Maschi et al., 2014). Aquest sector de la població es converteix en el grup de presos que haurà augmentat més els darrers vint anys. La població reclusa de més de cinquanta anys als Estats Units va incrementar-se un 12% el 1994 i un 17% el 2011, i arribà a un total de trenta mil (Kim i Peterson, 2014). A Espanya, passa dels 108 presos de l'any 1990 (0,9% de la població reclusa) als 358 de 2000 (1,23%) i als 1.500 de 2011 (3,06% de persones grans) (taula 1). Per tant, aquest col·lectiu també augmenta en els centres penitenciaris.

**Taula 1** | *Evolució quinzenal dels penats per grups d'edat*

Anys	16-20	21-25	26-30	31-40	41-60	Més de 60	Total
1990	998	4.358	2.991	2.172	993	108	11.916
1995	932	4.880	5.700	4.151	1.662	166	17.557
2000	699	6.751	8.704	8.841	3.470	358	29.056
2005	532	4.994	8.641	10.981	4.460	373	30.148
2010	512	5.229	8.642	15.031	9.512	813	39.770
2011	491	6.095	9.747	16.704	14.414	1.500	48.951
2012	434	4.795	7.640	16.497	16.979	1.481	47.886

Font: Secretaria general d'Institucions Penitenciàries (2015)

Cal destacar que la diferenciació per gènere es mantindrà invariable. Maschi et al. (2014) assenyalen que el 96% de la població gran reclusa als EUA són homes. La situació d'Espanya indica que dels 65.039 presos actuals, 912 tenen més de 60 anys, un 1,4% del total, entre els quals també s'identifica una clara masculinització: el 90% són homes. S'han comptabilitzat 91 dones de 60 anys o més. En referir-nos a les Illes Balears, el nombre de dones és més reduït encara i solament se'n comptabilitzen 3, a diferència dels 43 homes de 60 anys o més (taula 2).

Respecte de la diferenciació per illes, el 2012, les xifres més elevades corresponen a Mallorca amb 1.571 casos; seguida d'Eivissa, amb 139, i Menorca, amb 80. Del total, 336 es troben en situació de presó preventiva; 29, en via d'aconseguir-la, i 3, sota mesures especials (IBESTAT, 2012).

**Taula 2** | *Nombre de presos de 60 anys o més a Espanya i a les Illes Balears, des de 2014 fins al primer semestre de 2015*

ESPANYA			ILLES BALEARS		
SEXE	60 anys o més	Percentatge	SEXE	60 anys o més	Percentatge
Homes	821	90,02	Homes	43	93,46
Dones	91	9,98	Dones	3	6,54
Total	912		Total	46	

Font: Secretaria general d'Institucions Penitenciàries (2015)

Els estudis adverteixen que les actuacions delictives primàries són freqüents entre els presos grans i arribaren al 67,9% el 2012, enfront dels que ja complien una condemna (Yagüe, 2012). Els resultats evidenciaran la possibilitat de cometre actes delictius encara que sigui gent gran: hi ha casos de violència de gènere, però se'n troben escasses referències bibliogràfiques, i també s'identifiquen nombrosos homicidis comesos per delinqüents que tenen 60 o més anys (Sánchez, 2011).

En canvi, les xifres de 2015 que exposen la situació processal de la gent gran reflecteixen un lleuger canvi, de manera que 307 presoners que tenen més de seixanta anys cometen actes delictius primaris, és a dir, aproximadament un 33,66% dels presos actuals, per tant, disminueix la xifra referida anteriorment. Fent-ne una anàlisi per gènere, s'observa que els resultats són més semblants en les dones, el 52,74% de les quals són reincidents, enfront del 67,84% dels homes (taula 3).

**Taula 3** | *Situació processal dels presos que tenen 60 anys o més a Espanya i a les Illes Balears*

RÈGIM	ESPANYA		ILLES BALEARS	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Preventiu	365	35	18	2
Penat	413	65	23	1
Medures de seguretat	43	1	2	0
Primari	264	43	13	1
Reincident	557	48	30	2

Font: Secretaria general d'Institucions Penitenciàries (2015)

En proporció amb el nombre de presos a les Illes Balears, s'identificaren 32 reincidents, el 69,56% dels presos (taula 3). Són percentatges elevats que hauran de ser analitzats en tractar l'estructura dels programes de reinserció.

Això a banda, el règim preventiu també destaca per les seves elevades xifres de persones de 60 anys o més: 365 homes i 35 dones. Respecte a les mesures de seguretat, actualment només 44 persones grans hi estan sotmeses. Les xifres autonòmiques recullen que únicament a 2 persones grans els han aplicat mesures de seguretat i que 24 estan incloses en un règim de prevenció.

La durada de les penes són d'una mitjana de 10,44 anys per als homes grans i de 10,17 anys per a les dones, i tenen associada la condemna a reiteracions i reincidències delictives (Yagüe, 2012). La mitjana del nombre de condemnes en homes és d'1,37 i, en dones, d'1,11 (taula 4). A les Illes Balears, la mitjana és d'1,29 en homes i d'1,06 en dones (el valor més reduït), segons registra la Secretaria general d'Institucions Penitenciàries (SGIP) el 2015.

**Taula 4** | *Diferència per gènere de les mitjanes del nombre de condemnes en població reclusa de 60 o més anys*

	ESPANYA	ILLES BALEARS
Homes	1,37	1,29
Dones	1,11	1,06

Font: Secretaria general d'Institucions Penitenciàries (2015)

La tipologia dels delictes comesos també afavoreix l'elaboració del perfil dels presos. Predominen els delictes contra la salut pública i són els més comesos per la població de 60 anys o més anys, amb un 35,85% dels casos el 2014, i un 37,84% el 2015. A les Illes Balears, el percentatge delictiu més elevat també correspon als delictes contra la salut pública, amb un 27,56% del total.

És ineludible fer esment als homicidis: un 15,82% dels penats compleixen condemna per aquest delicte. És una xifra elevada i, com s'anunciava anteriorment, en nombroses situacions s'associa a violència de gènere. A les Illes Balears, la xifra és d'un 17,34%.

Seguidament, s'identifica un 13,4% d'actes contra el patrimoni i l'ordre socioeconòmic, i un 13,85% contra la llibertat sexual (SGIP, 2015). A les Illes Balears, també els delictes contra la llibertat sexual (14,45%) i contra el patrimoni (9,76%) són, després dels descrits anteriorment, els més freqüents. És d'interès veure la manera com es produeixen variacions en la tipologia de delictes entre les persones de més de 60 anys i les de 70. En el primer

grup prevalen els actes contra la salut pública (un 33,28% dels delictes comesos pel grup de gent gran de més de 60 anys), mentre que en el segon destaquen els homicidis (32,15%), segons les xifres de 2014 (SGIP, 2014) (taula 5).

**Taula 5** | *Tipologia delictiva de la població reclusa masculina de 60 anys o més anys a Espanya i a les Illes Balears*

Homes	Percentatge a Espanya	Percentatge a les Illes Balears
<b>Tipologia delictiva</b>		
Homicidi i les seves formes	15,82	17,34
Lesions	3,86	2,23
Contra la llibertat	1,34	0,86
Contra la llibertat sexual	13,85	14,45
Contra l'honor	0	0
Contra les relacions familiars	0,11	0,06
Contra el patrimoni i l'ordre socioeconòmic	13,4	9,76
Contra la salut pública	37,84	27,56
Contra la seguretat del trànsit	0	0,23
Falsedats	2,45	2,93
Contra l'administració de justícia	2,11	3,48
Contra l'administració pública	0,42	1,39
Contra l'ordre públic	1,12	0,69
Resta de delictes	6,26	5,71
Faltes	1,83	0,84

Font: Secretaria general d'Institucions Penitenciàries (2015)

El gènere, com es pot observar a la taula 5, no serà un factor que determini diferències significatives en la tipologia delictiva. De fet, despuntaran els delictes contra la salut pública: un 9,46% dels casos a Espanya i un 8,9% a les Illes Balears. Posteriorment, s'assenyalen l'homicidi i els actes contra el patrimoni i l'ordre econòmic com els més comesos per les dones que actualment es troben en disposició dels centres penitenciaris. Les dades estableixen un 3,27% d'homicidis i un 3,06% de delictes contra el patrimoni. A les Illes Balears, els percentatges són per l'estil: un 2,86% d'homicidis o formes similars, i un 3,26% contra el patrimoni.

Pel que fa als delictes contra la llibertat sexual, aquesta equiparació de xifres desapareix, ja que no són una de les tipologies principals entre les dones.

**Taula 6** | *Tipologia delictiva de la població reclusa femenina de 60 o més anys a Espanya i a les Illes Balears*

Dones	Percentatge a Espanya	Percentatge a les Illes Balears
<b>Tipologia delictiva</b>		
Homicidi i les seves formes	3,27	2,86
Lesions	0,76	0,42
Contra la llibertat	0,47	0,47
Contra la llibertat sexual	0,46	0,35
Contra l'honor	0	0
Contra les relacions familiars	0,01	0,01
Contra el patrimoni i l'ordre socioeconòmic	3,06	3,26
Contra la salut pública	9,46	8,9
Contra la seguretat del trànsit	0	0
Falsedats	0,34	0,56
Contra l'administració de justícia	0,81	0,83
Contra l'administració pública	0,11	0,13
Contra l'ordre públic	0,02	0
Resta de delictes	3,21	2,58
Faltes	0,13	0,17

Font: Secretaria general d'Institucions Penitenciàries (2015)

## 5. Característiques dels presos grans

El desenvolupament d'un perfil serà, sempre que s'associï a poblacions heterogènies, una aproximació a la realitat més sobresortint. En el cas que ens ocupa, es podria indicar que serien col·lectius no associats a conflictes, que intenten passar inadvertits i que assumeixen la condemna (sovint, llarga) adoptant maneres de convivència passives (Maschi et al., 2014).

Podrien considerar-se factors de protecció, per una banda, l'edat, culturalment vinculada al respecte, i, per altra banda, estatus econòmics mitjans-alts en l'àmbit carcerari gràcies a les pensions que n'hi ha molts que reben o a les ajudes familiars (Maschi et al., 2014). La solitud i el distanciament respecte de la família són els dos aspectes que els provoquen més malestar i pesar (Williams i Abroades, 2007; Maschi et al., 2014). Aquest fet explicaria que sovint els passatemps més habituals entre aquest sector siguin les tertúlies amb els companys o, fins i tot, amb els funcionaris de la presó. El contacte interpersonal és, per tant, un dels motors principals de gratificació personal.

Existeixen característiques específiques d'aquest col·lectiu que han de ser tingudes en compte a causa de la problemàtica que desenvolupen (Wahidin, 2011). Hi predomina la vivència de l'envelliment a la presó, les condicions de la qual acceleren la deterioració física i cognitiva dels grans, i arriba, fins i tot, a avançar la categorització de «gent gran» als presoners de 50 i 55 anys (Williams i Abraldes, 2007; Williams et al., 2010; Wahidin, 2011; Kim i Peterson, 2014).

També hi ha alguns estudis que denuncien els abusos patits, així com les negligències, entre les quals destaquen: la manca de programes de rehabilitació, manca d'informació i de recursos mèdics, familiars o personals (Kim i Peterson, 2014). A més, sovint s'identifiquen abusos en aquest col·lectiu, ja siguin sexuals, psicològics, emocionals o negligències diverses.

Les dades assenyalen que tindran més predisposició a contraure malalties com la sida, hepatitis C, hipertensió, afeccions respiratòries i malalties hepàtiques avançades a causa del consum d'alcohol (Kim i Peterson, 2014; Wahidin, 2011), i que seran més vulnerables a les infeccions agudes de presó, com ara la grip i la pneumònia, així com a situacions de discapacitat o dependència (Williams i Abraldes, 2007). Aproximadament, la meitat dels presos grans pateixen, o han patit, un trastorn mental, especialment algun de l'estat d'ànim (Li Mesurier, 2011; Hayes et al., 2013; Wahidin, 2011). Williams i Abraldes (2007) pronostiquen que el risc de patir trastorns depressius és cinquanta vegades superior en presoners grans que en persones integrades en la comunitat. Maschi (2012) remarca que les alteracions mentals afavoreixen, a més, l'aparició de demències, per la qual cosa els experts associaran el grau elevat de demències sobretot a factors ambientals penitenciaris. Òbviament, en relació amb les demències avançades, s'observa que en la gent gran presa apareixen comportaments perjudicials, com poden ser la impossibilitat de seguir instruccions, el desenvolupament de comportaments agressius o la manca d'adaptabilitat a les normes.

Aday i Farney (2014) constaten que les dones grans empresonades presenten taxes elevades de trastorns mentals (ansietat, depressió, etc.), sovint vinculats a experiències traumàtiques anteriors. El gènere, segons indica Wahidin (2011), representa un aspecte rellevant, perquè malgrat que hi hagi un nombre reduït de dones grans en comparació al d'homes, estan més desproveïdes de recursos específics i representen el col·lectiu més vulnerable en general i quant a salut en concret. En qualsevol cas, la majoria coincideix en les mancances mèdiques a les quals han d'adaptar-se les dones, des de mamografies a suplementos nutricionals, entre moltes altres.

En qualsevol cas, la prevenció en salut és pràcticament inapreciable. L'envelliment (o els problemes de salut associats a l'envelliment), les mancances mèdiques i les actituds negatives dels professionals dels centres penitenciaris (que tendeixen a restar importància a les queixes, la qual cosa perjudica l'afectat) són les principals barreres amb les quals topa aquest sector de la població quant a la salut (Aday i Farney, 2014).

Una altra característica diferenciadora és la prescripció farmacològica, que es basa en tractaments breus per a pacients joves, especialment casos d'infeccions i/o lesions agudes, mentre que els més grans sovint requereixen tractaments per a malalties cròniques (Williams et al., 2010).

A més, un percentatge elevat de presos prové de grups socioeconòmics baixos o molt baixos, aspecte que també els predisposarà a tenir més risc de desenvolupar malalties (Kim i Peterson, 2014).

Vinculat als trastorns s'identifica també la reducció d'activitats, és a dir, d'autonomia personal i s'arriben a desenvolupar situacions de dependència (Li Mesurier, 2011). Les limitacions restringeixen les oportunitats a la presó i, per tant, no poden beneficiar-se dels programes de formació professional o d'ocupació, i també provoquen l'aïllament en les seves cel·les (Haye et al., 2013; Li Mesurier, 2011; Maschi et al., 2014).

Com s'ha avançat, les xarxes socials pobres influeixen en l'acceptació de les condicions penitenciàries difícils. Sembla que hi ha molts de presos grans que reben poques visites d'amics i de familiars, i, a més, les persones pertanyents a les seves xarxes socials solen ser de les seves edats, per la qual cosa moltes pot ser que s'hagin mort, que tinguin limitacions per poder fer visites o siguin relacions que s'hagin deteriorat o acabat al llarg dels anys. Per tant, s'identifica una pèrdua progressiva de les relacions socials, cosa que incidirà en les esperances i la motivació per sortir de presó. A més, amb freqüència els presos grans tenen dificultats per socialitzar amb col·lectius més joves (Maschi et al., 2014).

S'ha de tenir en compte, també, la problemàtica de les morts a la presó i focalitzar l'atenció a la concepció de «dignitat». Handtke i Wangmo (2014) destaquen que els pensaments sobre la mort i/o el suïcidi, així com els elements que els envolten, són freqüents entre els presos grans. Apunten que l'edat, l'estat de salut i el suport social es converteixen en els tres eixos més incidents en la percepció sobre la mort. Els estudis indiquen que moltes vegades s'assenyala la mort com una escapadòria a la situació experimentada dins les presons. A més, sovint els metges penitenciaris no tenen els coneixements ni/o els recursos adequats per afavorir els pal·liatius o l'acompanyament a la mort, i no contribueixen a aquesta etapa (Handtke i Wangmo, 2014; Maschi et al., 2014).

## 6. Els recursos específics en els centres penitenciaris

A Espanya, des que es promulgà Llei orgànica penitenciària de 1979 no existeixen centres destinats a persones grans subjectes a responsabilitat penal, ni tampoc mòduls o unitats exclusius. Li Mesurier (2011) indica que els programes que desenvolupen els centres estan dissenyats per satisfer les necessitats dels més joves, la qual cosa significa que els presos



grans pateixen discriminació per edat. La pauta adquirida és incorporar-los a departaments en què hi hagi menys conflictivitat (el 64,7% dels casos) o bé ingressar-los al d'infermeria (un 47,1%). En un 23,5% dels casos, els presos es mantenen en els mòduls assignats segons les seves condicions penitenciàries. Un 41,2% de la mostra entrevistada per Yagüe (2009) exposava que ells havien decidit qui serien els seus companys, mentre que un 35,3% s'adaptava als qui els tocava. L'edat actuarà com un condicionant de la separació dels mòduls prèviament assignats en un 41,2% dels casos, així com també situacions de malaltia (58,9%), problemes motors (situació de dependència) (17,6%), absència de conflictivitat (11,8%) i condició processal (5,9%).

Williams i Abrales (2007) exposen que aquestes pautes mínimes són importants especialment quan els presos, sobretot aquells limitats per malalties o condicions físiques, ingressen per primera vegada i temen la victimització per part dels més joves. A més, comenten que el debat se centra en si convé segregat-los en unitats separades, i destaquen, entre els principals avantatges, la tranquil·litat dels presos. En canvi, assenyalen que si es respecta el sistema que s'ha aplicat fins ara, s'afavoreix la promoció de l'autonomia, en alguns casos, quan s'intenta seguir el ritme dels més joves, i la integració.

Els centres penitenciaris es caracteritzen per la presència de barreres arquitectòniques (Haye et al., 2013), com són escales per accedir a les cel·les (70,6% dels centres), i l'absència d'instal·lacions habilitades per a les persones grans: el 88,2% dels casos, els directors declaraven que a les parets de les dutxes no hi havia agafadors i el 82,2% ni tampoc banquetes. L'estudi de Yagüe (2009) recull que únicament un 17,6% dels centres havia habilitat espais per a gent gran.

Respectels als serveis o prestacions, també predomina l'escassetat, de manera que solament un 5,9% dels casos disposa de programes específics per a ells i un 11,8%, activitats de rehabilitació. És cert que la «no segregació» de la gent gran pot resultar positiva, ja que no els priva d'accedir als serveis generals, encara que el percentatge que acaba participant-hi és molt reduït a causa de la manca d'adaptació a les seves necessitats. Òbviament, els pressupostos carceraris amb prou feines preveuen la possibilitat d'adaptar recursos als grans. Generalment, és un altre intern qui s'encarrega del servei de suport a les persones recluses dependents (el 2009, les xifres s'aproximaven a un 30% del total) o les organitzacions de voluntariat.

L'any 2013, dels 373 presos de més de 70 anys comptabilitzats, 124 havien participat en programes d'atenció integral de diversos centres penitenciaris espanyols, però no s'identifica el desenvolupament dels programes a les Illes Balears (Secretaria general d'Institucions Penitenciàries, 2013).

## 7. La reinserció en la societat

Aquest aspecte ha de ser avaluat i vigilat, segons narren Kim i Peterson (2014), perquè moltes d'aquestes persones grans seran reinserides en la societat i provocaran una despesa econòmica comunitària elevada, tant social com sanitària. Als Estats Units, es calcula que un pres de 55 anys o més pot provocar una despesa d'entre 11.000\$ a 40.000\$ anuals, xifra que equival a cinc vegades més que un pres més jove. S'ha d'assenyalar una reflexió expressada pels grans en l'estudi de Yagüe (2009): «es valora molt el fet de tenir totes les necessitats cobertes (en contrast amb les dificultats que suposaria trobar el mateix nivell assistencial a l'exterior per culpa del seu perfil d'edat i de la situació)».

De tota manera, la demanda d'excarceració i la implicació cercant els atenuants són reduïdes, freqüentment a causa del temor a l'exterior. S'ha de recordar que l'estada durant molts anys fa que el simple funcionament d'una targeta de crèdit, d'un telèfon mòbil o d'Internet resultin aspectes intimidatoris per als presos (Li Mesurier, 2011). Efectivament, seran considerats un col·lectiu d'elevada vulnerabilitat i d'exclusió social, a causa d'una doble marginació: edat i expresidaris, i en bastants casos es converteixen en persones «sense sostre». Sovint, els familiars i amics dels presos són molt grans per proporcionar-los suport, o bé, fins i tot, s'han mort, però, a més, la seva condició d'expresos també perjudicarà el desenvolupament de noves xarxes socials (Haye et al., 2013; Ramírez, 2009).

A condemnes més llargues també se'ls sol associar una pitjor adaptació a la societat i la supervivència amb èxit els representa un desafiament. L'ocupació o el treball, tenint en compte que amb prou feines tenen experiència, es converteix en una quimera, associada als estigmes que pesen sobre aquest col·lectiu.

Maschi et al. (2014) assenyalen com a principals barreres a la reinserció d'aquest col·lectiu els elements següents: impossibilitat de cobrir les necessitats mínimes (economia, habitatge o transport), xarxes familiars o socials pobres o molt pobres, abús de substàncies o/limitacions de salut i físiques. A més, Wahidin (2011) emfatitza que la manca de recursos dins la presó afavoreix el desenvolupament de vulnerabilitats entre aquest col·lectiu, així com la deterioració de la salut (anteriorment, explicat) i és, per si mateixa, una de les barreres més poderoses.

Un dels problemes principals, segons Kim i Peterson (2014), és que les polítiques de justícia penal destinades a població gran no es tenen en compte com caldria esperar, a causa de la situació d'invisibilitat associada a la baixa representativitat en comparació amb col·lectius més joves. I, per tant, tampoc no són realment representats en els programes de reinserció.

L'altra cara de la moneda és que el nombre d'actes delictius, de reincidència, després de la reinserció en la societat, sembla que és més baix en el cas de població gran.

Aquest fenomen que associa l'edat a una reducció de la reincidència es denomina «envelliment de sortida». Les xifres assenyalen que, a partir dels quaranta anys, el retorn a la custòdia correccional s'alenteix, i més encara a partir dels vuitanta anys. Yagüe (2009) declara que hi ha una constatació evident que la capacitat criminal és més baixa entre persones d'edat i que reben un tracte penitenciari més avantatjós, evitant una presència massiva a la presó, sobretot en el cas de les dones, els percentatges de les quals són molt reduïts.

Per tant, quins són els motius que impedeixen l'excarceració? Entre els principals, destaquen els següents (Yagüe, 2009):

- Haver estat empresonat per delictes greus.
- L'aplicació de mesures de seguretat (l'excarceració dependria de l'estat de salut mental).
- Si són dones, pot ser per reincidència o reiteració.
- Pel desenvolupament de problemàtiques subjacents (alcoholisme, dependència, demències, etc.).
- Previsió de desadaptació en la comunitat, especialment per rebuig per part del nucli familiar (comú quan el delicte es comet en l'àmbit familiar) o, fins i tot, que no existeixi nucli familiar.
- Que la comunitat tengui limitació de recursos assistencials per a gent gran. Els prejudicis, en aquest cas, tenen un paper important.

## 8. Recomanacions

Com s'ha defensat durant tot l'article, el nombre de presos grans als centres penitenciaris de cada vegada és més elevat, i les projeccions indiquen que encara augmentaran. Les condicions penitenciaris afavoreixen un envelliment exacerbat, tant físic com cognitiu, que comportarà l'aparició d'un gran nombre de demandes provocades per les limitacions físiques i les situacions de dependència i/o discapacitat (Hayes et al., 2013; Williams i Abalde, 2007). Llavors, l'atenció s'ha de centrar en la manca de recursos específics per cobrir les demandes de la gent gran en els centres penitenciaris (Hayes et al., 2013; Williams et al., 2010), ja que provoca l'aparició d'una bretxa de cures i oportunitats respecte de les persones autònomes o més joves (Hayes et al., 2013). Continua havent-hi dèficit de recursos, encara que el títol VII del Reglament penitenciari recull que és d'obligat compliment l'execució d'un tracte no discriminatori per edat, raça o gènere dins els centres penitenciaris. Per tant, i com a prioritat, seria convenient disposar de règims especials per a persones grans, com ocorre amb les mares i els malalts mentals.

Hi ha autors com Kim i Peterson (2014) que assenyalen que les polítiques carceràries han de fer balanç dels costos i beneficis que implica tenir la població d'edat avançada entre reïxes, i sobre la deserció del delicte que es vincula amb l'envelliment. S'ha de tenir en

compte que el risc és baix, però també que alliberar-los representa menys despesa per als pressupostos penitenciaris, però excessiva per a la comunitat sanitària, que haurà d'afrontar les elevades primes de l'exacerbada deterioració física i cognitiva.

Per tant, i atès que a la presó els costos de mantenir la gent gran quintupliquen els dels més joves, es plantegen noves actuacions, com ara estratègies preventives o l'avaluació de l'envelliment de sortida. La majoria dels autors coincideixen que l'eina principal per gestionar aquesta situació seria desenvolupar accions per prevenir el deteriorament de la salut (Williams et al., 2010; Wahidin, 2011; Hayes et al., 2013; Kim i Peterson, 2014). A més, caldria aplicar estratègies per disminuir costos basades en mitjans no custodiats, com ara llars de reinserció o l'arrest domiciliari (Kim i Peterson, 2014).

Per determinar ambdues intervencions s'haurien de constatar i validar protocols d'actuacions que servissin, per una banda, per analitzar i avaluar indicis o evidències de deteriorament i que activassin els mecanismes de prevenció, i, per una altra, que d'una manera individualitzada guiassin el risc de reincidència (Williams i Abrales, 2007). L'edat de tall òptima per activar programes de prevenció serien els 50 anys (Wahidin, 2011). La sortida dels centres penitenciaris implicarà ja per si mateixa, segons Kim i Peterson (2014), més bona salut per a aquest col·lectiu de gent gran.

Handtke i Wangmo (2014), que centren la seva recerca en la rellevància de garantir una mort digna, destaquen com a factors principals que caldria instaurar l'acompanyament freqüent de familiars i amics. Aquesta aportació no provocaria grans despeses i oferiria als presos més benestar durant la seva darrera etapa de la vida.

Per acabar, Li Mesurier (2011) destaca com a estratègies que assegurin la qualitat a la presó les recomanacions següents:

- Més temps d'interacció amb altres presos. Participar en xerrades o crear grups socials interns, de manera que s'eviti l'aïllament i es promogui l'autonomia personal.
- Un dels aspectes bàsics que afavoreixen la reinserció són els recursos informatius, ja siguin generals (ús de transports, assistència sanitària, contractes de lloguer, etc.) com específics per a aquest col·lectiu. La transmissió d'informació dins els centres penitenciaris afavoreix la reducció de la incertesa amb vista al retrobament amb l'exterior.
- El reclutament i la formació d'altres presoners que donin suport als més grans i els ajudin en les tasques de la vida diària, com ara vestir-se.
- En situacions de discapacitat o de dependència, el risc d'exclusió social augmentarà, per la qual cosa oferir serveis adaptats afavoriria la reinserció.

## Referències bibliogràfiques

AA.VV. (1959). Acto simpático en el Instituto Geriátrico Penitenciario. *Revista de la Escuela de Estudios Penitenciarios*, 138, 1102.

Adams, K. (1981). Former Mental Patients in a Prison and Parole System: A Study of Socially Disruptive Behaviour. *Criminal Justice y Behaviour*, 10, 358-384.

Defensor del Pueblo Español (1990). *Residencias públicas y privadas de la tercera edad*. Madrid. Disponible a: <http://www.defensordelpueblo.es/informes2.asp>

*El Justicia de Aragón* (2004). Necesidades asistenciales de la población con alto riesgo de delincuencia en Aragón. Problemas y alternativas en el cumplimiento penitenciario: aspectos judiciales, forenses y sanitarios. Disponible a: [http://www.eljusticiadearagon.com/gestor/ficheros/\\_n004630\\_INFORME%20%20NECESIDADES%20ASISTENCIALES%20POBLACION%20RECLUSA.pdf](http://www.eljusticiadearagon.com/gestor/ficheros/_n004630_INFORME%20%20NECESIDADES%20ASISTENCIALES%20POBLACION%20RECLUSA.pdf)

González, E. El principio de flexibilidad en la ejecución penal. *Monografías Fiscalía.Org*. Disponible a: <http://www.fiscalia.org/doctdocu/doct/402003M.pdf>

González, J. L. (2001). *Principios básicos de la valoración geriátrica integral*. Glosa Ediciones (pp. 15-27).

Handtke, V., i Wangmo, T. (2014). Ageing Prisoners' Views on Death and Dying: Contemplating End-of-Life in Prison. *Bioethical Inquiry*, 11, 373-386. doi: 10.1007/s11673-014-9548-x.

Hayes, A., Burns, A., Turnbull, P., i Shaw, J. J. (2013). Social and custodial needs of older adults in prison. *Age and Ageing* 42, 589-593. doi: 10.1093/ageing/aft066

IBESTAT (2013). *Població reclusa*. Disponible a: [http://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/f2fc73bb-bdfb-4cb4-8eba-276d3a4af047/83064e98-3b9a-4902-84bf-1449d55826b5/es/E68020\\_00001.px](http://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/f2fc73bb-bdfb-4cb4-8eba-276d3a4af047/83064e98-3b9a-4902-84bf-1449d55826b5/es/E68020_00001.px)

Instituto Nacional de Estadística (2013). *Población reclusa*. Disponible a: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t18/a052/a1998/&file=pcaxis>

Kim, K. D., i Peterson, B. (2014). *Aging behind bars. Trends and implications of Graying Prisoners in the Federal prison System*. Urban Institute. Disponible a: <http://www.urban.org/research/publication/aging-behind-bars-trends-and-implications-graying-prisoners-federal-prison-system>

Le Mesurier, N. (2011). *Supporting older people in prison: Ideas for practice*. Age UK. Disponible a: [http://www.ageuk.org.uk/documents/engb/for-professionals/government-and-society/older% 20prisoners% 20guide\\_pro. pdf](http://www.ageuk.org.uk/documents/engb/for-professionals/government-and-society/older%20prisoners%20guide_pro.pdf)

Maschi, T., Kwak, J., Ko, E., i Morrissey, M. B. (2011). Forget Me Not: Dementia in Prison. *The Gerontologist*, 52(4), 441-451. doi: 10.1093/geront/gnr131

Maschi, T., Viola, D., Harrison, M. T., Harrison, W., Koskinen, L., i Bellusa, S. (2014). Bridging community and prison for older adults: invoking human rights and elder and intergenerational family justice. *International Journal of Prisoner Health*, 10, 55-73.

Ramírez, T. (2009). Envejeciendo en reclusión: un estudio de caso de los adultos mayores mexicanos en situación de cárcel. *Revista Kairós*, 12(1), 169-180.

Sánchez, L. (2011). Creences de les persones grans sobre la violència de gènere. A: Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2011*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2013). *Informe general 2013*. Madrid: Ministerio del Interior.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Tratado de geriatría para residentes*. Disponible a: <http://www.segg.es/segg/tratadogeriatria/main.html>

Wahidin, A. (2011). Ageing behind Bars, with Particular Reference to Older Women. *Irish Probation Journal*, 8, 109-123.

Williams, B., i Abalades, R. (2007). Growing Older: Challenges of Prison and Reentry for the Aging Population. A: Greifinger, R. (dir). *Public Health Behind Bars From Prisons to Communities*. New York: Springer.

Yagüe, C. (2006). *Las mujeres encarceladas. Mujeres en la periferia. Algunos debates sobre género y exclusión social*. Barcelona: Icaria editorial.

Yagüe, C. (2009). *Análisis de la ancianidad en el medio penitenciario*. Ministerio del Interior. Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo. Madrid.

## Autors

### LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis, 1984. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Experta en Intervenció en qualitat de vida de gent gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distància. És psicòloga general sanitària. És professora associada del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, impartint l'assignatura de Gerontologia Educativa.

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

### LADISLAO BERNALDO DE QUIRÓS Y LOMAS

Madrid, 1983. Llicenciat en Dret. Màster jurídic d'Assessoria d'Empreses pel Centre d'Estudis Financers. És diplomad en Dret Processal Penal per l'Escola de Pràctica Jurídica de l'ICAM i titulat pel British Council School en International Legal English (ILEC).

Té experiència en l'àmbit jurídicopenal i en el sector empresarial. Ha exercit d'assessor legal en multinacionals de prestigi reconegut i ha estat associat al departament penal de diversos bufets de renom. En l'actualitat, dirigeix i coordina la firma Bernaldo-Lomas Abogados, on tracta assumptes de l'àmbit penal de tot tipus.

**L'ABÚS ECONÒMIC A LES  
PERSONES GRANS, QÜESTIÓ DE  
GÈNERE, EDAT I DEPENDÈNCIA**

---



## **L'abús econòmic a les persones grans, qüestió de gènere, edat i dependència**

Núria Vaquer Reixach  
Sofía Alonso Bigler

## Resum

L'abús econòmic a les persones grans és una forma de maltractament pel qual la persona gran perd la seva autonomia financera fins al punt que no pot resoldre els problemes del dia a dia. La falta de conscienciació de la mateixa persona gran fa que aquest sigui un problema actual molt poc visible, per no dir invisible socialment parlant.

Actualment hi ha molt pocs estudis que quantifiquin els casos de maltractament de persones grans, i molt menys estudis que quantifiquin els casos de maltractament per abús econòmic a la persona gran. D'una forma molt humil hem volgut analitzar, a partir de les dades que la nostra tasca diària ens posa a l'abast, quin és el perfil de les persones víctimes d'abús econòmic des de dos punts de vista: les persones que sol·liciten ser valorades a través del Programa de Prioritat Social, i les persones que ocupen places residencials públiques o concertades del Consell de Mallorca - IMAS.

Aquest estudi ens ha permès constatar que el gènere, l'edat i la dependència són factors a tenir en compte a l'hora de determinar la vulnerabilitat de les persones grans a ser víctimes d'algun tipus de maltractament, i que aquest maltractament en el 50 per cent dels casos està provocat per un fill o una filla.

Hem d'apostar per programes de sensibilització i informació a la societat en general, per tal que, quan siguem grans, no siguem tan vulnerables, i per tal que els professionals tinguin cura de nosaltres d'una forma responsable i respectant la nostra voluntat.

## Resumen

El abuso económico a las personas mayores es una forma de maltrato por el cual la persona mayor pierde su autonomía financiera hasta el punto de no poder resolver sus problemas del día a día. La falta de concienciación de la propia persona mayor hace que sea un problema actual muy poco visible, por no decir invisible socialmente hablando.

Actualmente existen muy pocos estudios que cuantifiquen los casos de maltrato a las personas mayores, y mucho menos que cuantifiquen los casos de maltrato por abuso económico a la persona mayor. De una forma muy humilde hemos querido analizar, a partir de los datos que nuestra actividad diaria nos pone al alcance, cual es el perfil de las personas víctimas de abuso económico desde dos puntos de vista, las personas que solicitan ser valoradas a través del Programa de Prioritat Social, y las personas que están ingresadas en plazas residenciales públicas o concertadas del Consell de Mallorca - IMAS.

Este estudio nos ha permitido constatar que el género, la edad y la dependencia son factores a tener en cuenta a la hora de determinar la vulnerabilidad de las personas mayores a ser víctimas de algún tipo de maltrato, y como este maltrato en el 50% de los casos está infligido por parte de un hijo y/o hija.

Hemos de apostar por programas de sensibilización e información a la sociedad en general, para que cuando seamos mayores no seamos tan vulnerables y para que los profesionales nos cuiden de forma responsable y respetando nuestra voluntad.

---

## 1. Contextualització

A Mallorca hi ha, segons dades de l'IBESTAT, 175.017 persones grans, de 60 i més anys, de les quals el 55% són dones i el 45% són homes, parlant en xifres generals. Fins i tot podríem concretar més, 37.692 persones tenen 80 i més anys, de les quals el 7,6% són homes i el 13,92% són dones.

Hem volgut començar el nostre article amb aquestes dades perquè ens ajudaran a veure quantes persones són víctimes del maltractament a Mallorca per abús econòmic, o hi ha sospites bastant clares que el pateixen, i la necessitat de visibilitzar aquesta realitat.

Per tant, ja tenim dues hipòtesis de treball sobre factors que fan que la persona sigui més susceptible, podríem dir, de patir maltractament, i en el cas que ens ocupa en aquest article, de patir abús econòmic; per una banda, l'edat: com més edat, es pressuposa més fragilitat, més possibilitats de patir algun tipus de dependència, de discapacitat i, per tant, més vulnerabilitat. I per una altra banda, el gènere: a més edat, més dones, per tant, com més edat, més probabilitat que sigui una dona la víctima de l'abús.

## 2. Dues línies sobre maltractament i abús econòmic

Cada vegada més, la societat és conscient de la vulnerabilitat de les persones grans, de la seva fragilitat, i com en ocasions són les grans víctimes de molts tipus de maltractament. Avui en dia hi ha distintes jornades, conferències, grups d'ètica, etc., que es dediquen en exclusiva a discernir sobre el maltractament a les persones grans, des de distintes perspectives, el maltractament a la llar, a les institucions, en les relacions de confiança, per tant, simplement dedicarem un breu espai a definir el maltractament i a definir l'abús econòmic.

L'OMS ens parla que el maltractament a les persones grans es pot definir com «un acte únic o repetit que causa mal o patiment a una persona d'edat, o la falta de mesures

apropiades per evitar-lo, que es produeix en una relació basada en la confiança». Continua dient que pot adoptar diverses formes, com el maltractament físic, psíquic, emocional o sexual, i l'abús de confiança en qüestions econòmiques. També pot ser el resultat de la negligència, sigui aquesta intencional o no. També assenyala l'OMS que als països desenvolupats, entre el 4% i el 6% de les persones grans han patit algun tipus de maltractament al seu entorn familiar.

L'abús econòmic a les persones grans és una forma de maltractament pel qual la persona gran perd la seva autonomia financera fins al punt que no pot resoldre els problemes del dia a dia. La falta de conscienciació de la mateixa persona gran fa que sigui un problema actual molt poc visible, per no dir invisible socialment parlant.

El National Committee for the Prevention of Elder Abuse (NCEPA) defineix com a responsables principals de l'abús econòmic, per un costat, els membres de la família, incloent fills, filles, néts o parelles. Habitualment poden emprar els recursos econòmics que usurpen per mantenir el consum abusiu d'alcohol o altres substàncies, pagar deutes de joc, afrontar problemes financers, se senten en el dret de gastar els diners per una mala relació anterior amb la persona gran, etc. I per una altra banda, tindriem les persones que d'una forma depredadora cerquen persones grans vulnerables amb la intenció d'explotar-les, d'abusar d'elles; s'ofereixen per tenir-ne cura amb la sola intenció de robar el que tenen. Altres empen tècniques comercials i els fan ser víctimes d'estafes.

La pràctica professional ens ha mostrat com hi ha situacions tant a l'entorn familiar com quan la persona ja està ingressada en un centre residencial, en què es dona l'abús econòmic sobre les persones grans i que, per tant, era i és necessari analitzar-lo i estudiar-lo per poder posar-hi solució, alhora que establim pautes de prevenció i vigilància perquè aquestes situacions no es donin.

### 3. Dades sobre abús econòmic a Mallorca

No hi ha dades estadístiques sobre el nombre de persones víctimes del maltractament a Mallorca, ni molt menys separades per tipus de maltractament patit, ja que encara hi ha moltes dificultats per denunciar-ne els casos, fins i tot per visibilitzar-los, ja que, per una banda, les mateixes víctimes en moltes ocasions rebutgen la possibilitat de denunciar la persona que les maltracta; podríem parlar de por, coaccions, negació de la realitat, etc., com també al propi entorn i als mateixos professionals ens costa assumir la responsabilitat, podríem dir que per les mateixes raons, por de què li passarà a la persona gran, negació de la realitat, etc. Per tant, és molt difícil obtenir dades reals i fiables.

Malgrat aquesta realitat de dificultat per obtenir informació objectiva, sí que tenim dues fonts d'informació bastant importants, el Programa de Prioritat Social i els centres residencials, ambdós serveis gestionats per l'IMAS, que ens aporten dades que cal analitzar, estudiar i treballar per poder dissenyar estratègies i programes de protecció a les persones grans, i de visibilització d'aquesta problemàtica social.

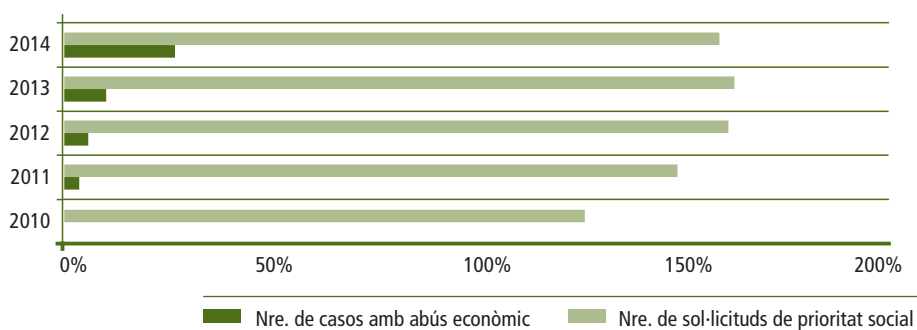
### 3.1. El Programa de Prioritat Social en xifres

El Programa de Prioritat Social de l'IMAS va sorgir a partir de la necessitat d'atendre de forma imminent els casos que des dels serveis socials d'atenció primària es detecten sobre persones grans en risc de patir desprotecció i/o maltractament.

Durant els cinc anys de funcionament de l'equip de prioritat social s'ha treballat aproximadament en 800 casos, i s'ha constatat un augment considerable de casos de maltractament econòmic, fins al punt que l'any 2011, de 148 sol·licituds d'intervenció, es detectaren un 3,7% (4 casos) de situacions d'abús econòmic, fins a arribar, l'any 2014, a un 17% (27 casos) d'un total de 158 sol·licituds rebudes.

Aquestes dades no poden més que donar la veu d'alarma en tots els sentits, i ens han de dur a reflexionar sobre la situació que pateixen moltes de les persones grans de Mallorca, com es veu al gràfic següent:

**Gràfic 1 |** *Nombre de sol·licituds de prioritat social i nombre de casos amb abús econòmic*



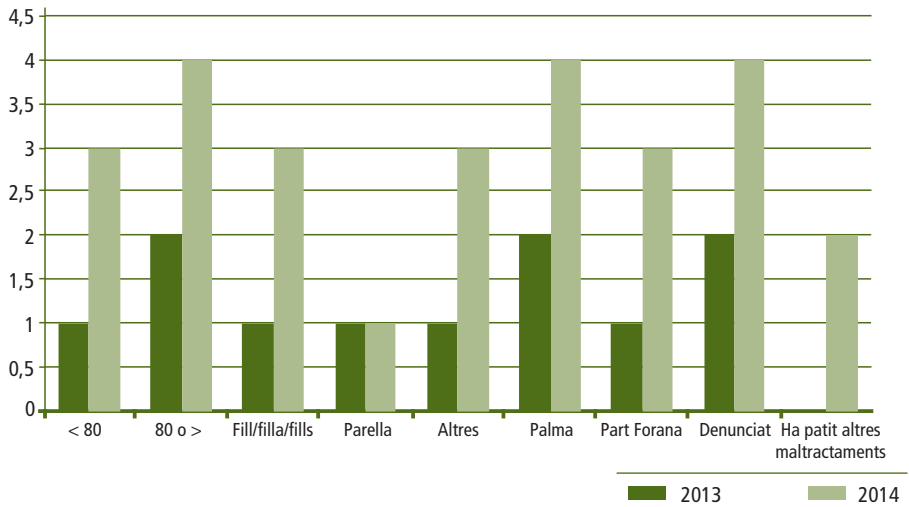
No creiem que l'augment de casos respongui a l'increment real en l'abús econòmic a les persones grans, sinó que l'augment de casos és degut a la visibilització de la problemàtica social existent. La sensibilització de les institucions a través de programes com el de Prioritat Social, que tenen l'objectiu de treure a la llum els casos de maltractament, entre d'altres,

o les jornades de protecció de les persones grans, ajuden a l'aflorament de casos, i que es posin eines i instruments per denunciar els casos i sobretot per protegir les persones grans.

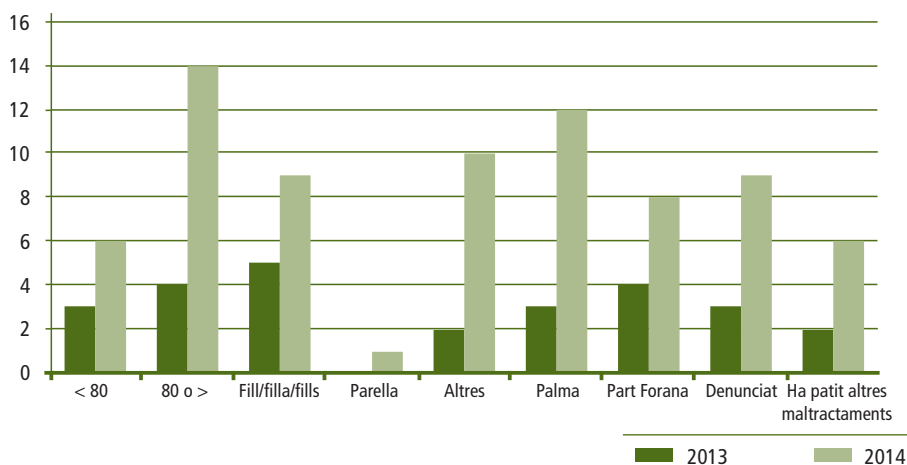
### 3.1.1. Anàlisi del perfil de la persona gran víctima d'abús econòmic que s'ha detectat a través del Programa de Prioritat Social de l'IMAS

Una vegada vist l'augment considerable de casos, vàrem considerar adient fer una tasca més exhaustiva i analitzar cas per cas, per intentar extreure el perfil de la persona gran víctima d'aquest tipus d'abús. Hem analitzat els dos darrers anys per dos motius: són els dos anys en què hi ha un augment més que considerable de casos, i també perquè són els anys més recents; així i tot, hem de fer constar que l'augment de casos també pot ser degut a la millora en la recollida de dades, i a l'atenció que des de l'equip de prioritat social es presta a recollir tots els motius de sol·licitud de valoració de prioritat social.

**Gràfic 2 | Perfil dels casos de víctimes d'abús econòmic de gènere masculí**



L'any 2013, d'un total de 162 sol·licituds, un 6% (10 casos) varen tenir la tipologia d'abús econòmic, de les quals el 50% eren de dones i l'altre 50% d'homes, l'edat mitjana era de 82 anys, i dues de les persones, a més d'abús econòmic, també patien maltractaments psicològics. El 60% de les persones que abusaven eren fills, dos amb problemes de consum de drogues, i en dos casos eren nebots, en un cas, la parella sentimental, i en un cas eren coneguts. Per zones, segons la demarcació territorial de l'IBESTAT, el 50% dels casos es varen detectar a Palma, la resta es reparteixen entre el Raiguer, Tramuntana i la zona Nord de Mallorca. El 50% dels casos es varen denunciar a la Fiscalia.

**Gràfic 3 | Perfil dels casos de víctimes d'abús econòmic de gènere femení**

L'any 2014, el 78% del total de casos són de dones, amb una mitjana d'edat de 80 anys, amb la coincidència que en el 29% de casos d'abús econòmic també s'han produït maltractaments tant físics com psicològics. El perfil de la persona que ha abusat econòmicament de les persones grans en un 40% és d'un fill, la majoria dels quals tenien problemes de consum (alcoholisme, toxicomanies), seguit de nebots, germans, cuidadors no familiars, veïnats, parella de fet, i amics amb poder notarial. Per zones, a Palma s'han detectat més del 60% dels casos, la resta es reparteix entre les comarques del Nord (3), el Raiguer (2), Llevant (2) i Tramuntana (1).

Del total de casos detectats, el 50% han estat denunciats a la Fiscalia, i s'ha sol·licitat una incapacitació o curatela de la persona gran.

Quasi tots aquests casos s'han produït al domicili de la persona gran o del seu cuidador, i s'han detectat quan la persona gran ha començat a patir una situació de desprotecció psicosocial i ha estat necessari demanar la intervenció de l'equip de prioritat social.

### 3.2. Les xifres sobre l'abús econòmic als centres residencials de Mallorca

A Mallorca hi ha 4.383 places residencials, de les quals 1.619 són places públiques, i 870, places concertades amb una entitat privada, xifres que suposen que el 56,78% de les places estan gestionades o concertades amb l'Administració.

L'IMAS és l'administració que gestiona o té concertades més places: gestiona 1.014 places de caràcter totalment públic i 723 places de caràcter concertat. Aquest fet li permet obtenir informació sobre els centres i sobretot sobre els usuaris que hi resideixen.

Així, ja fa una sèrie d'anys vàrem començar a constatar, a través de les reunions, o d'avisos dels professionals dels centres, que teníem una sèrie de persones que no feien front al copagament del centre. En un principi, un pot pensar que es tracta d'una persona que es gasta els diners en altres coses (el joc, l'alcohol...), però des de l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, la majoria d'aquestes persones entren amb un grau II o III de dependència, cosa que vol dir que necessiten suport almenys per a tres o més activitats de la vida diària, aleshores..., el motiu de no pagar tal vegada era un altre.

Certament des dels centres residencials s'ha de vetllar perquè la persona gran que hi resideix tingui les seves necessitats cobertes, i pugui fer front amb els seus ingressos al pagament del centre, per tant, davant qualsevol sospita estam obligats a parar més atenció, revisar cada cas i, si cal, comunicar la situació a l'Administració.

L'any 2014, del total de les places que gestiona l'IMAS, hem obtingut resposta de 1.433 (6 dels 10 centres concertats han contestat), es varen detectar 82 casos d'impagaments, un 6% dels residents, dels quals 10 són casos amb sospites d'abús econòmic d'un familiar o de l'entorn proper. Algú podria pensar que no són molts, però cal recordar que es tracta de casos detectats, és a dir, dels que ens hem adonat, i que hauríem de tenir l'objectiu que no n'hi hagués cap.

### **3.2.1. El perfil de les víctimes d'abús econòmic en un centre residencial**

Les persones quan ingressen en un centre residencial han de contribuir, en funció dels seus ingressos, és a dir, de la seva capacitat econòmica, amb un percentatge d'aquests, segons si són dependents o autònoms, al copagament de la plaça que ocupen. No fer front al pagament del rebut ja és de per si un senyal d'alarma, pot indicar que la persona no sap fer un bon ús dels seus diners, que la persona gasta els diners en consum d'alcohol, en el joc, etc., o que la persona gran és víctima d'un abús econòmic d'algun familiar o algú del seu entorn més proper.

Així, a manera d'exemple, als centres gestionats per l'IMAS hi ha hagut 82 casos d'impagaments durant l'any 2014:

En el 60% dels casos es tracta d'impagaments entre un i tres rebuts, i s'ha de dir que en moltes ocasions sol tractar-se d'impagaments relacionats amb:

- El final de l'estada al centre; no es paga el darrer rebut del mes, perquè sorgeixen altres despeses, o per altres motius.
- Un símptoma de la mala administració dels diners. S'ha d'estar a l'aguait, en ocasions serà el detonant per demanar una curatela econòmica.



**Taula 1** | Relació de casos d'impagament als centres residencials.

Tipologia de les places	Casos d'impagament			Quotes impagades				Sexe		Edat				Denunciat
	Nre. de places	Casos d'impagament	%	Entre 1 i 3 mesos	<3 Mesos	<Un any	Nre. de dones	Nre. d'homes	<65	de 65 a 74	de 75 a 85	>85		
Places concertades (*)	419	24	6%	17	4	3	19	5	1	2	7	14	5	
Places públiques	1.014	58	6%	33	18	7	24	34	6	19	23	10	1	
<b>TOTAL</b>	<b>1.433</b>	<b>82</b>	<b>6%</b>	<b>50</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>43</b>	<b>39</b>	<b>7</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	

(\*) Han contestat 6 dels 10 centres concertats.

**Taula 2** | Relació de casos amb sospita d'abús econòmic.

Tipologia de les places	Casos sospitosos d'abús econòmic		Sexe			Edat				Grau de dependència II o III	Denunciat
	Nre. de dones	Nre. d'homes	<65	de 65 a 74	de 75 a 85	>85					
Places concertades (*)	6	5	1	0	0	4	2	6	4		
Places públiques	5	4	1	0	0	3	2	5	1		
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>5</b>		

Un 27% dels casos són impagaments de més de tres rebuts, cosa que ja necessita la intervenció professional, atès que el simple fet d'haver generat aquest deute i no poder posar-hi solució implica que hi ha una problemàtica darrere, i els centres no sempre ho han pogut constatar, però la majoria de casos estan relacionats amb algun d'aquests tres ítems:

- Deutes propis.
- Consum abusiu de substàncies (alcohol, drogues...).
- Abús econòmic d'un familiar o persona propera.

I finalment tindriem els casos de les persones que fa més d'un any que no paguen, es tracta del 13% dels casos, en què realment s'ha de fer una intervenció i protegir la persona gran d'ella mateixa o de la persona que està abusant d'ella, ja que, a més, en aquests casos tots els centres han afirmat que tenen sospites sòlides que la persona gran està sent víctima d'un maltractament per abús econòmic fet per algú del seu entorn.

Com també es pot discernir de la taula 1, les persones que hem analitzat tenen un perfil molt concret, es tracta en un 52% dels casos de dones i, a més, el 64% són més grans de 75 anys. Però si aprofundim més en els casos en què es creu que hi ha un abús econòmic, veurem com el percentatge de casos de dones puja fins al 80%, i veiem com el 100% de casos són de persones més grans de 75 anys, i també el 100% té una valoració de dependència de grau II o III (vegeu la taula 2).

Aleshores consta, tal com hem comentat al principi, que es tracta de persones del gènere femení, vulnerables pel seu grau de dependència, que necessiten suport per a tres o més AVD i són d'avançada edat, el 64% té entre 75 i 85 anys, i el 36%, més de 85 anys.

En ambdues taules, quan parlem de denúncia hem de dir que tots els casos han estat denunciats davant l'Administració, en aquest cas l'IMAS, però només dos han estat denunciats al jutjat, en tots els casos per impagament i no per maltractament per abús econòmic. Aleshores està més que constatada la manca de sensibilització i formació envers el tema, atesa aquesta realitat.

#### **4. La informació, la sensibilització i la visibilització com a eines contra el maltractament a les persones grans**

Si tenim en compte el perfil de la persona víctima de maltractament, és clar que poca cosa pot fer ella per no patir aquesta situació, és més gran de 75 anys, encara hem de parlar del fet que ser dona la fa més vulnerable i, a més, té dependència; aleshores els professionals de l'àmbit de la tercera edat haurem de posar mecanismes de protecció

i prevenció en aquest col·lectiu, alhora que actuam amb contundència davant aquesta realitat, a través de la denúncia. Recordem que en el cas de prioritat social només la meitat de casos han acabat en denúncia, i en el cas dels centres residencials, només dos casos han estat denunciats als jutjats, la resta han estat denunciats davant l'Administració per impagament.

Com hem vist, de programes de protecció n'hi ha, el Programa de Prioritat Social respon en la mesura de les seves possibilitats, però es podria millorar ampliant els recursos, no només atorgant places de residència, sinó programes d'atenció comunitària conjuntament amb els municipis que permetessin la protecció de la persona gran sense la necessitat d'abandonar el seu municipi, actuant de forma coordinada amb la Fiscalia envers les mesures de protecció a la persona gran, sobretot millorant la rapidesa en les actuacions d'aquest tipus.

Les residències protegeixen, en certa mesura, però davant les situacions descrites al llarg de l'article, hem d'establir mecanismes de protecció a la persona gran, formant els treballadors i treballadores socials i, per què no, altres professionals dels centres en mediació, en mesures de protecció jurídica, etc., i sobretot no maltractant doblement la víctima amb denúncies als jutjats per impagaments, sinó buscant on és realment la problemàtica i quina és la millor solució per a la persona.

Però sobretot hem d'apostar per programes de sensibilització i informació a la societat en general, perquè quan siguem grans no siguem tan vulnerables, desenvolupant les accions següents:

- Campanyes de divulgació dels drets de les persones grans.
- Seminaris, jornades, conferències, material educatiu de sensibilització sobre què és el maltractament de les persones grans.
- Fomentar la formació dels professionals implicats (serveis socials, centres residencials, recursos socio-sanitaris, etc.).
- Donar suport i assessorament als familiars cuidadors i als cuidadors professionals.
- Millorar la coordinació entre les distintes administracions i els sectors implicats (jutjats, Fiscalia, serveis socials, serveis bancaris, etc.).
- Involucrar els mitjans de comunicació, visibilitzar els casos de maltractament i fer especial menció al bon tracte a les persones grans.
- Fomentar la investigació i l'estudi del maltractament a les persones grans.

Aquestes són només algunes propostes que pensam que són relativament econòmiques, arriben al conjunt de la població i, a la llarga, poden suposar una gran mesura per a la protecció de les persones grans.

## Agraïments

En agraïment a tots els i les professionals que treballen per la protecció dels nostres grans, en especial als del Programa de Prioritat Social i als dels centres residencials; sense les seves aportacions aquest article no hauria estat possible.

## Referències bibliogràfiques

Allen, J. V. (2000). Financial abuse of elders and dependent adults: The Fast (Financial Abuse Specialist Team) approach. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12(82), 85-91. doi:10.1300/J084v12n02\_09.

Carlos Ganzenmüller, C. i Sánchez Carazo, C. (2009). *Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso*. Consejo del Poder Judicial. Centro de Documentación Judicial.

Fundació Viure i Conviure. (2007). *Prevenir i actuar contra els maltractaments a les persones grans*. Fundació Viure i Conviure i Caixa Catalunya Obra Social.

Protocol marc i orientacions contra els maltractaments a les persones grans. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Secretaria de Família.

World Health Organization (2002). *Abuse of elderly*. Disponible a: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/global\\_campaign/en/elderabusefacts.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/elderabusefacts.pdf).

World Health Organization. *Género y envejecimiento*. Disponible a: <http://www1.paho.org/spanish/hdp/hdw/genderageingsp.PDF?ua=1>.

World Health Organization. *El maltrato de las personas mayores. Informe mundial sobre la salud. Capítulo 5*. Disponible a: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.

## Autores

### NÚRIA VAQUER REIXACH

Palma, 1957. Diplomada en Treball Social per la UIB, Experta Universitària en El Treballador Social en el Segle XXI: Nous enfocaments, noves tecnologies i noves demandes de la ciutadania, UNED, 2011. Treballadora social de l'Oficina de Valoració de l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS de 2004 a 2008. Treballadora social del Programa de Prioritat Social de l'IMAS des de l'any 2008.

### SOFÍA ALONSO BIGLER

Sa Cabaneta, 1977. Educadora Social (UNED). Estudis de postgrau sobre Qualitat ISO 9001. Diversos cursos sobre gestió de centres residencials per a persones grans. Des de l'any 2006, tècnica a la Coordinació de l'Àrea de Gent Gran de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials.



# EL SUÏCIDI EN LES PERSONES GRANS

---



## **El suïcidi en les persones grans**

Maria Isabel Cuart Sintès

Margalida M. Batle Mayrata

## Resum

A Mallorca, a partir de 2010 es detecta un increment del percentatge de suïcidis de persones grans respecte al total de suïcidis. Aquest augment és superior al de les Illes Balears i lleugerament inferior al nacional, exceptuant el 2008 (INE i IBESTAT). A aquesta situació s'ha d'afegir l'anomenat «suïcidi silenciós», en què la persona gran es va abandonant, tot rebutjant tant els aliments com les cures mèdiques fins a la seva mort.

L'actual tendència ascendent és general als països industrialitzats, on les persones grans presenten la major taxa registrada de suïcidis consumats (IMSERO 2010). De fet, presenten manco intents frustrats i avisen amb menys freqüència de les seves intencions suïcides que els adults més joves. Juntament amb els símptomes depressius, la presència de malalties neurològiques incapacitants o de malalties oncològiques, la manca de suport social i la limitació funcional, així com el consum d'alcohol, són factors que incrementen el risc de suïcidi en persones d'aquest grup d'edat.

La prevenció esdevé fonamental per fer front a aquesta tendència d'increment de suïcidis en les persones grans, a fi d'evitar que esdevengui «la nova epidèmia del segle XXI». En aquest article, a més d'analitzar aquest fenomen, tant a Mallorca com a l'Estat espanyol, s'intenta aprofundir en els factors de risc per poder generar les bases per dissenyar línies preventives eficaces, ja que actualment, ni a la nostra comunitat ni a Espanya es desenvolupen programes preventius en aquesta línia.

## Resumen

En Mallorca, a partir del año 2010 se detecta un incremento del porcentaje de suicidios de personas mayores respecto al total de suicidios. Este aumento es superior al de las Illes Balears y ligeramente inferior al nacional, exceptuando en el año 2008 (INE e IBESTAT). A esta situación se ha de añadir el llamado «suicidio silencioso», en que la persona mayor se va abandonando y rechaza tanto los alimentos como los cuidados médicos hasta su muerte.

Esta tendencia ascendente se ha generalizado en los países industrializados, donde las personas mayores presentan la mayor tasa registrada de suicidios consumados, (IMSERO, 2010). De hecho, presentan menos intentos frustrados y avisan con menos frecuencia de sus intenciones suicidas que los adultos más jóvenes. Junto a los síntomas depresivos, la presencia de enfermedades neurológicas incapacitantes o enfermedades oncológicas, la falta de apoyo social y la limitación funcional, así como el consumo de alcohol, son factores que incrementan el riesgo de suicidio en las personas de este grupo de edad.

La prevención es fundamental para poder hacer frente a esta tendencia de incremento de suicidios en las personas mayores, a fin de evitar que se convierta en «la nueva epidemia del siglo XXI». En este artículo, además de analizar este fenómeno, tanto en Mallorca como en el Estado español, se intenta profundizar en los factores de riesgo para poder generar las bases para diseñar líneas preventivas eficaces, ya que actualmente, ni en nuestra comunidad ni en España se desarrollan programas preventivos en esta línea.

---

## 1. El suïcidi en les persones grans

El suïcidi està situat entre les deu primeres causes de mortalitat del món. És un greu problema de salut pública i és la forma més tràgica de finalitzar amb la pròpia vida, i té, a més, un impacte devastador en l'entorn familiar i social de la persona.

La primera definició de caire científic del concepte de suïcidi va ésser proposada per Durkheim: «tota mort que resulta, mediata o immediata, d'un acte positiu o negatiu, realitzat per la mateixa víctima, sabent ella que hauria de produir-se aquell resultat». (Durkheim, 1897, 15). L'OMS (1998) defineix el suïcidi com l'acte de matar-se deliberadament iniciat i dut a terme per una persona amb total coneixement o expectativa del seu resultat fatal.

Sánchez (2013) distingeix entre simulació suïcida, risc de suïcidi, parasuïcidi i suïcidi passiu. La simulació suïcida es refereix a l'acció que no arriba al seu fi, ja que no existeix autèntica intenció de suïcidar-se. El risc de suïcidi és la possibilitat que una persona atempti deliberadament contra la seva vida. Aquest risc s'incrementa si existeix minusvalidesa de la persona, desig de mort per considerar-la un descans, amenaces i temptatives. El parasuïcidi al·ludeix al conjunt de conductes que, de forma deliberada i voluntària, produeixen dany físic en la persona. El suïcidi passiu, també anomenat «suïcidi silenciós» (Suárez, 2013), es produeix quan la persona té la intenció de provocar-se la mort utilitzant mitjans no violents, generalment abandonant la satisfacció de les necessitats bàsiques (menjar, beure, dormir...) o mitjançant l'incompliment de tractaments mèdics essencials.

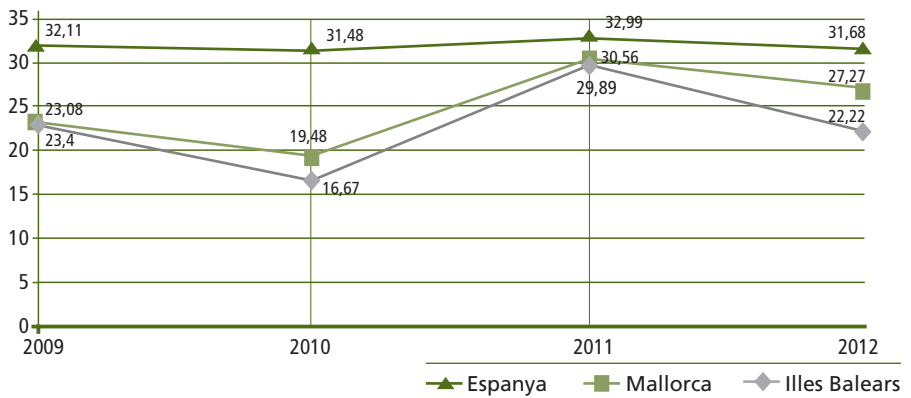
En general, als països industrialitzats les persones grans presenten la major taxa registrada de suïcidis consumats (Waern, Rubenowitz i Wilhelmson, 2003). De fet, desenvolupen manco intents frustrats i avisen amb menys freqüència de les seves intencions suïcides que els adults més joves (IMSERSO, 2010). Mentre que en els joves la proporció entre intent de suïcidi i suïcidi consumat és d'1/30, en les persones grans manté una relació d'1/3 (Moreno, 2011). Als Estats Units, les persones grans són el grup d'edat que presenta més risc de suïcidi. Probablement el suïcidi d'aquest sector de població està infraquantificat, ja que en moltes ocasions es pot confondre amb la mort natural de l'individu.

Les persones grans, en comparació amb la població més jove, empren mètodes letalment més eficaços, amb més planificació i menys impulsivitat, i també el denominat «suïcidi passiu» (deixar d'ingerir aliments, desadhesió a les prescripcions farmacològiques...). La prevalença del suïcidi en els homes grans és major que en les dones.

## 2. Situació a Mallorca, les Illes Balears i Espanya

Analitzant les dades de suïcidi a nivell nacional, de comunitat autònoma i de Mallorca, podem apreciar que, si bé el risc de suïcidi en les persones grans no és tan elevat com als Estats Units, els darrers anys, a les Illes Balears, i especialment a Mallorca, s'ha detectat un lleuger increment del percentatge de suïcidis de persones d'avançada edat respecte al nombre total de suïcidis.

**Gràfic 1** | Comparació percentatge de suïcidis de persones grans sobre el total de suïcidis



Font: INE i Ibestat

Les principals formes de suïcidi en les persones majors, els darrers anys, tant a les Illes Balears com a Mallorca (IBESTAT, 2013), són el penjament, l'estrangulació i la sufocació; bot des d'un lloc elevat; presa de substàncies químiques, i arma de foc. Entre els homes grans predominen el penjament i l'ús d'armes de foc; entre les dones grans, botar des d'un lloc elevat i la ingestió de productes químics o narcòtics, fet que evidencia el que mostren diversos estudis, que els homes grans empren més mètodes violents per acabar amb la seva vida (Cattell, 2000).

Com es pot apreciar a la següent taula, tant a Espanya, com a les Illes Balears i a Mallorca, se suïciden més els homes grans que les dones:

**Taula 1** | *Núm. de suïcidis de persones de 65 i més anys*

Any	Mallorca			Illes Balears			Espanya		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
2009	22	16	6	24	18	6	1.101	843	258
2010	15	14	1	16	14	2	994	776	218
2011	22	12	10	26	15	11	1.049	791	258
2012	18	16	2	20	18	2	1.121	859	262
<i>Font: IBESTAT</i>			<i>Font: IBESTAT</i>			<i>Font: INE</i>			

### 3. Factors de risc

Si tenim en compte que les tendències demogràfiques apunten que la població de persones grans s'incrementarà significativament els propers anys i, com ja s'ha indicat, sembla que el nombre de suïcidis en aquest grup de població també ha augmentat, esdevé necessari aprofundir en els factors de risc per intentar atenuar aquest fenomen.

Com indiquen Tam i Chiu (2011): «El suïcidi és el punt final d'una complexa interacció de variables psiquiàtriques, psicològiques i demogràfiques». Juntament amb els símptomes depressius, la presència de malalties neurològiques incapacitants o de malalties oncològiques, la manca de suport social, la limitació funcional, certs esdeveniments vitals, com el divorci i la mort de la parella o d'altres éssers estimats, l'ús de psicofàrmacs, els intents previs de suïcidi, la institucionalització no desitjada o les transferències intrainstitucionals, així com el consum d'alcohol, són factors que incrementen el risc de suïcidi en el col·lectiu de les persones grans.

Els factors de risc es poden classificar en:

#### 3.1 Factors psiquiàtrics

S'hi inclouen les depressions de qualsevol etiologia, l'abús de drogues o alcohol, els trastorns crònics del son, les psicosis delirants paranoïdes amb gran desconfiança i agitació, i la confusió mental.

La depressió esdevé un dels principals factors de risc del suïcidi a la vellesa (Cattell, 2000). De fet, aproximadament dos terços dels casos de suïcidi de persones grans estan associats a aquesta malaltia mental (Suárez, 2013). El problema és que la depressió en el grup de persones grans està infradiagnosticada: no presenta la mateixa simptomatologia en els joves que en els ancians, i les entrevistes diagnòstiques tendeixen a subestimar-ne la

prevalença, per la simptomatologia subclínica: se'n pot confondre el diagnòstic per la comorbiditat amb altres factors, com trastorns cognitius, d'ansietat o problemes físics; i, a més, lamentablement, gran part de la simptomatologia es considera «normal per a l'edat». Waern, Rubenowitz i Wilhelmson (2003) varen comprovar que, en els casos de suïcidis de persones grans amb depressió, aquestes no havien rebut tant de tractament antidepressiu en comparació als iguals més joves.

El consum d'alcohol també està fortament associat al risc de suïcidi (Morin et al., 2013), aquest risc és més elevat, tant en els homes com en les dones. Waern (2003), en un estudi realitzat als països nòrdics, va detectar un historial de consum d'alcohol en el 35% dels homes grans que es varen suïcidar, i en el 18% de les dones. L'autora indica que, si bé els resultats obtinguts són similars als d'altres estudis realitzats als Estats Units, la incidència detectada sembla més elevada que al Regne Unit. Seria interessant replicar l'estudi a Espanya, ja que el consum d'alcohol també està influït per factors culturals. Waern també va trobar en la seva investigació que les persones amb historial de consum d'alcohol presentaven mancances quant a xarxa sociofamiliar.

### 3.2 Factors mèdics

Hem de destacar, entre aquests tipus de factors de risc, l'hospitalització periòdica de l'ancià, les intervencions quirúrgiques freqüents i les malalties i els tractaments prodepressius, molt utilitzats per contrarestar les patologies que pateix la persona gran.

La presència de malalties cròniques incapacitants també augmenta el risc de suïcidi. En el cas de malalties oncològiques, si el diagnòstic és recent, la malaltia és en una fase avançada, no es controla el mal físic o ocasiona situacions de dependència, també s'ha demostrat que augmenta la probabilitat de dur a terme intents d'autòlisi.

### 3.3 Factors biològics

Jones et al. (1990), amb l'objectiu de trobar marcadors biològics relacionats amb el suïcidi de les persones grans, varen dur a terme un estudi *post mortem* en el qual varen trobar que les persones grans que s'havien suïcidat presentaven concentracions significativament més baixes de l'àcid 5-hidroxiindoleacètic (el metabòlit principal de la serotonina) i de l'àcid homovanílic al líquid cefaloraquidi del tronc encefàlic, en comparació amb les persones del grup de control. Ajilore i Kumar (2012) afirmen que la polimediació també incrementa el risc de suïcidi, especialment pel que fa als fàrmacs sedants i els hipnòtics. Quant als factors genètics, sembla que les persones que tenen familiars de primer grau que han patit un suïcidi presenten major risc de perpetrar-ne.

### 3.4 Factors psicològics i socioambientals

L'envelliment implica una adaptació a contínues transformacions personals i socials: canvis de les relacions familiars, pèrdua de l'autonomia i la independència, com a conseqüència de tenir les seves funcions biològiques i cognitives reduïdes. La inadaptació al nou estat pot dur al desig (de vegades inconscient) de morir o sentir que la vida no mereix la pena, sobretot si la persona gran no disposa d'una bona xarxa social.

Sánchez (2013) esmenta com a factors relacionats amb el suïcidi, els esdeveniments traumàtics viscuts en la infància, manca de fills, soledat, dificultats econòmiques o la presència en la família de la persona gran d'un o més individus amb greus problemes psíquics. En relació amb l'estat civil, les persones vídues, separades o fadrines sembla que presenten més risc de suïcidi. El primer any de viduïtat és el de més risc, especialment en els homes (Gohua, 1995). La viduïtat durant el primer any és un moment crític per a l'ancià, durant el qual pot ocórrer l'anomenada autodestrucció passiva, ja que l'esdeveniment vital dolorós pot desencadenar una depressió i fins i tot alterar el sistema immunitari, tot facilitant la patologia somàtica.

Una altra condició de risc suïcida es produeix amb la migració forçada de l'ancià, al qual fan rotar entre els familiars: el padrí «ping-pong». Un altre aspecte és l'ingrés de la persona gran en una llar d'ancians en la seva etapa d'adaptació, ja que durant les primeres setmanes, pot reactivar situacions de desemparament prèvies que precipitin un acte autodestructiu.

La crisi ha fet canviar el comportament de la gent gran en relació amb el seu estil de vida i moltes vegades ha suposat un empobriment sobtat, fins i tot de la classe mitjana. Això ha fet augmentar el suïcidi entre la població de més edat. Així i tot, les dificultats econòmiques no tenen tant de pes com a factor de risc en la tercera edat, en comparació amb la població més jove.

Juntament amb la presència dels factors de risc explicats, s'ha vist que hi ha uns signes que poden fer sospitar les persones que habitualment estan en contacte amb la persona gran que pot estar planejant un suïcidi: quan aquesta mostra un interès especial davant la mort o el suïcidi, verbalitzant, fins i tot, el desig de dur-lo a terme; quan realitzen canvis sobtats al testament o quan s'acomien de familiars i amics, entre d'altres indicis.

## 4. Factors protectors

Hi ha una sèrie de factors que protegeixen les persones grans davant el suïcidi i que, a la vegada, ajuden a contrarestar els factors de risc. Es poden dividir en factors de protecció propis de l'individu i factors de protecció de l'entorn.

## 4.1 Factors personals

La salut mental és clau en la prevenció del suïcidi de les persones grans. Per potenciar la salut mental és important (Rojas, 2012) no tan sols tenir una bona salut i qualitat de vida, sinó també una bona autoestima. Esdevé important, també, en aquest sentit, realitzar activitats gratificants i compartir i establir connexions efectives amb els altres. Es tracta d'adaptar-se als canvis, tenir capacitat per oblidar i voluntat per perdonar, no sentir-se fermats al passat i gaudir del present. En aquest sentit, Cagnoni i Milanese (2010) consideren necessari ajudar la persona perquè torni a aflorar els seus recursos fent «ressorgir el que s'ha definit com la resiliència» (p. 13). En relació amb el suïcidi, diferents investigadors destaquen la necessitat de sanar les ferides del cos emocional a través de l'alliberació de les emocions i l'expressió dels sentiments negatius.

Altres protectors personals vers el suïcidi són actituds, valors i normes en contra del suïcidi, les habilitats socials, el maneig de la ira i la capacitat de resolució de problemes, alguns trets de personalitat, manteniment d'hàbits de vida saludable, autocontrol de la impulsivitat, alta resiliència, bona percepció de l'autoeficàcia i *locus* de control intern.

Sembla que els sentiments religiosos disminueixen el risc de suïcidi en els ancians (Dervik et al., 2004). Les possibles causes d'aquest efecte protector podrien ser, per una banda, el suport i la xarxa social present en moltes religions i, per una altra, les objeccions morals de moltes religions respecte a l'acte suïcida i les conductes agressives en general. La religió sembla que també redueix els sentiments d'alienació, fet que també podria protegir davant el suïcidi.

## 4.2 Factors socials

Diverses recerques epidemiològiques han confirmat la correlació positiva entre la xarxa social i la salut. El clàssic estudi de Durkheim sobre el suïcidi va demostrar que existeix una major probabilitat de suïcidi en els individus més aïllats socialment, en comparació amb els qui posseïen una xarxa social més àmplia, accessible i integrada. Des de llavors, aquesta investigació ha estat recolzada per una àmplia evidència derivada de múltiples recerques clinicoepidemiològiques.

Si bé la prevalença del suïcidi és superior en els homes que en les dones, també estudis demostren que la xarxa social personal mínima és menor en persones del sexe masculí. «Les dones, probablement en funció d'una facilitació cultural i de l'entrenament social consegüent, tendeixen a establir relacions de millor qualitat (de major varietat de funcions, de major intimitat i de major durada) que els homes... Aquesta habilitat socialitzant en dones les fa menys vulnerables encara quan el nombre d'habitants de la seva xarxa sigui mínima, ja que la riquesa d'aquests pocs vincles ho compensa» (Sluzki, 1998, 77).



La xarxa familiar també esdevé eficaç davant la prevenció del suïcidi: Purcell et al. (2012) varen dur a terme un estudi en què varen detectar que les persones grans que tenien més suport familiar presentaven menys ideacions suïcides.

### 4.3 Intervencions específiques

Lapierre et al. (2011) varen realitzar una metanàlisi sobre les intervencions preventives en relació amb el suïcidi de persones grans i comprovaren que la major part de programes varen aconseguir una reducció de les ideacions suïcides. D'aquests programes, els que analitzaven els resultats per sexe varen mostrar que eren més eficients en les dones que en els homes. Com a conclusions de les estratègies més apropiades destaquen, entre d'altres, aquelles que reforcen la resiliència, l'envelliment positiu i la formació dels professionals envers la prevenció del suïcidi de les persones grans.

Els professionals sanitaris desenvolupen un paper fonamental en la prevenció del suïcidi de les persones grans. Tam i Chiu (2011) comprovaren que el 76,6% de les persones grans que s'havien suïcidat a Hong Kong havien anat a la consulta d'un metge un mes abans de la seva mort. Probablement si s'incrementàs la formació en la prevenció del suïcidi i augmentàs la conscienciació d'aquest fenomen, els professionals sanitaris podrien detectar més fàcilment les persones en risc i prevenir, així, de forma més eficaç les conductes suïcides en la població de persones grans.

La intervenció precoç davant la depressió en les persones grans té un paper important en la prevenció del suïcidi. És necessari detectar els signes que poden fer sospitar una depressió en l'etapa geriàtrica: queixes somàtiques, insomni, apatia, sentiments de soledat... per poder emprendre un tractament psicoterapèutic personalitzat que redueixi els símptomes depressius i els sentiments de desesperança i indefensió.

D'altra banda, esdevé absolutament necessari que en l'entorn de la persona es redueixin o eliminin els elements mitjançant els quals s'afavoreix el suïcidi, retirant o impeding l'accés als elements potencialment letals (finestres, objectes punxants, medicaments...).

## 5. Conclusions i propostes

La vida és canvi; així, des que naixem, estam immersos en un procés d'evolució permanent, constant, impredecible..., però pot succeir que la persona no vulgui continuar i opti per acabar amb la seva vida. Hi ha moltes formes de morir, entre elles el suïcidi. Això passa quan una persona decideix anar-se'n d'aquest món voluntàriament o quedant-se atrapada en el camí després d'haver perdut la il·lusió, les ganes de créixer i de canviar. Davant aquest fet, la tasca és aconseguir que la persona gran torni a despertar els seus

recursos personals, recuperi la seva vida i ressegueixi enfortida. Això és el que s'ha definit com la resiliència.

L'envelliment és un període caracteritzat per l'activació de la resiliència. Durant la vida, la persona gran ha hagut d'enfrontar-se a diferents situacions crítiques (problemes econòmics, de salut, pèrdues de familiars...). Així, malgrat les adversitats, veiem persones d'edat avançada que han sabut adaptar-se i sobreviure a les diferents situacions adverses per sortir-ne reforçades i plenes de vida. Per tant, es tracta de redescobrir les capacitats personals extraordinàries que totes les persones posseeixen. És convenient assenyalar que alguns investigadors insisteixen en el fet que la resiliència no és considerada una característica o atribut de la personalitat, sinó un conjunt de recursos i fortaleses que són capaces de potenciar-la quan la situació ho requereixi. Des d'aquesta perspectiva, s'obre una nova forma d'intervenir en la persona gran amb risc de suïcidi d'una forma més humana i respectuosa.

Un altre aspecte destacable en la prevenció del suïcidi de les persones grans i que consideram essencial per al seu benestar és la prevenció de l'aïllament. Les persones que se senten part d'un grup es troben protegides, tenen més salut i la seva felicitat és molt millor que les que viuen aïllades o que no tenen una xarxa social de suport emocional. En aquest sentit, les connexions afectives i la predisposició natural a relacionar-se es converteixen en el motor de la seva existència, la qual cosa contribueix a la passió per viure.

Davant la prevalença del suïcidi de les persones grans, caldria desenvolupar programes preventius específics adreçats a aquest sector de població: al nostre país no s'han desenvolupat programes dissenyats explícitament per prevenir el suïcidi en la població de persones grans. No obstant això, hi ha experiències interessants, de prevenció del suïcidi a nivell general, de les quals es poden extreure conclusions útils. Una és el Programa de Prevenció de la Conducta Suïcida, iniciativa comunitària desenvolupada al barri de la Dreta de l'Eixample de la ciutat de Barcelona, els equipaments del Servei de Psiquiatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i el Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample. Els objectius generals del programa són la prevenció del suïcidi consumat, de la ideació suïcida i de la repetició d'intents de suïcidi. Altres objectius més específics són quantificar la conducta suïcida, la sensibilització dels professionals i entitats, i promoure la intervenció psicoterapèutica per a la prevenció del suïcidi. Curiosament, la major part de participants d'aquest programa més grans de 65 anys són dones, fet que crida l'atenció ja que la major part de suïcidis en aquest grup d'edat són d'homes, però sembla que els intents de suïcidis sense consumir són més freqüents en les dones. En comparació amb la població més jove del programa, presentaven més trastorns afectius i trastorns adaptatius, prèviament no havien rebut tant de tractament psiquiàtric com els participants més joves ni tampoc havien tingut tantes temptatives prèvies de suïcidi. Així mateix, els intents eren més premeditats i amb menys autorescat (Tejedor, Faus i Díaz, 2009).

Prevenir i actuar precoçment davant la depressió esdevé fonamental per evitar molts de suïcidis de persones grans. En aquest sector de la població, la depressió es pot prevenir (IMSERO, 2011), a més de secundàriament, mitjançant la detecció precoç, de forma primària, promovent l'activitat física, social i cognitiva, i modificant els factors de risc personals (dèficit de les habilitats socials, baix autoconcepte, estil atribucional extern), socials (manca de suport social i de participació en activitats socials, manca de recursos econòmics) i relacionats amb la salut (manteniment d'hàbits de vida saludable, diagnòstic precoç i tractament adequat de malalties físiques). Cal que els metges de família estiguin sensibilitzats i formats per detectar precoçment la depressió i les ideacions suïcides.

Quant als instruments de detecció de les ideacions suïcides, poden emprar-se els d'avaluació de la depressió: en la població geriàtrica es compta amb l'Escala de Depressió Geriàtrica que, si bé, al contrari que altres escales adreçades a una població més jove (l'Escala de Depressió de Hamilton i l'Inventari de Depressió de Beck) no disposa d'ítems que avaluin explícitament les ideacions suïcides, Ajilore i Kumar (2012) posen en relleu que és igualment valuosa per tal de detectar aquest tipus de pensaments.

Cal sensibilitzar la població en general i els professionals sanitaris, en particular, que el suïcidi de les persones grans és una realitat que no s'ha d'infravalorar: Si bé està demostrat que alguns tipus d'abordatge del fenomen del suïcidi per part dels mitjans de comunicació estan associats a l'augment de la seva incidència, especialment en la població jove, també és veritat, que un altre tipus de tractament per part dels mitjans podria tenir un paper més preventiu. En relació amb el suïcidi de les persones grans, la cobertura dels mitjans de comunicació és pràcticament nul·la: a efectes de la premsa, és un fenomen pràcticament invisible, com indica Moreno (2011, 168) «El tractament mediàtic del suïcidi en la persona gran no ha gaudit mai d'un interès o acceptació especial». Quan s'informa públicament d'aquest fenomen s'ha d'anar amb cura, informant a les pàgines interiors, mai als titulars, evitant descriure detalladament el mètode i l'escenari emprats per a la consecució del suïcidi, i explicant sempre que és un fenomen multicausal i complex. Els mitjans de comunicació haurien de tenir un paper més important en la prevenció, tot difonent dades de contacte d'entitats que poden oferir ajuda professional per prevenir el suïcidi, o de grups de suport per als supervivents d'intents de suïcidi. També haurien de difondre informació sobre els indicadors de risc, a fi que els familiars o les persones properes a la persona gran puguin sospitar i actuar precoçment per evitar el desenllaç letal (OMS, 2000).

Per concloure, ressaltam la importància que té el treball interdisciplinari per abordar la problemàtica que suposa el risc de suïcidi en les persones grans, així com la intervenció en la prevenció dels factors de risc. L'objectiu fonamental és elevar la qualitat de vida de les persones grans més vulnerables a partir de les seves capacitats resilients i de la millora de la seva autoestima i eficàcia personal.

## Referències bibliogràfiques

Ajilore, O. A., Kumar, A. (2012). Suicide in Late Life. Dwivedi, Y. (ed.) *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press.

Blow, F. C., Brockmann, L. M. i Barry, K. L. (2004). Role of Alcohol in Late-Life Suicide. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 48-56.

Cagnoni, F. i Milanese, R. (2010). *Cambiar el pasado. Superar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica*. Barcelona: Heder.

Cattell, H. (2000). Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(2), 102-108.

Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K. i Mann, J. J. (2004). Religios Affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2303-2308.

Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Madrid: Akal.

Guohua, L. (1995). The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: An historical cohort study. *Social Science and Medicine*, 40, 825-828.

IMSERSO (2010). La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible. *Perfiles y tendencias*, 46, 1-68.

IMSERSO (2011). *Informe sobre las mujeres mayores en España*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Institut Balear d'Estadística (IBESTAT) (2013). *Suïcidis de residents a les Illes Balears per mitjà utilitzat, grup d'edat, illa de residència i sexe*. <[http://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/864823f9-811f-4d46-a264-c9463cdc2b48/01c543e9-aedd-42bf-909b-3ddfdf162ae7/ca/def\\_60194.px](http://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/864823f9-811f-4d46-a264-c9463cdc2b48/01c543e9-aedd-42bf-909b-3ddfdf162ae7/ca/def_60194.px)> [Consulta 8 maig 2015].

Jones, J. S., Stanley, B., Mann, J. J. et al. (1990). CSF 5-HIAA and HVA concentrations in elderly depressed patients who attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1225-1227.

Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B. i Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88-98.

Ministeri de Sanitat, Política i Igualtat (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad.

Moreno, A. (2011). El suicidio en el anciano institucionalizado. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(2), 162-178.

Morin, J., Wiktorsson, S., Marlow, T., Olesen, P. J., Skoog, I., Waern, M. (2013). Alcohol use disorder in elderly suicide attempters: a comparison study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 196-203.

OMS (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: suicide*. Ginebra: OMS.

OMS (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Ginebra: OMS.

Purcell, B., Heisel, M. J., Speice, J., Franus, N., Conwell, Y. i Duberstein, P. R. (2012). Family connectedness moderates the association between living alone and suicide ideation in a clinical sample of adults 50 years and older. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(8), 717-723.

Rojas, L. (2012) *Secretos de la felicidad*. Barcelona: Espasa Libros.

Sánchez, E. (2013). Madrid. El suïcidi en ancians. Prevenció i intervenció psicològica. Conferència en CASC: 10/09/13, en ocasió de la celebració de les V Jornades Mundial de la Prevenció del Suïcidi.

Sluzki, C. E. (2009). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Suárez, J. M. V. (2013). Suicidio en el anciano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 80-84.

Tam, C. W. C. i Chiu, H. F. K. (2011). Depression and Suicide in the Elderly. *Medical Bulletin*, 9(16), 13-16.

Tejedor, C., Faus, G. i Díaz, A. (2009). *Pla de prevenció del suïcidi, Eixample Dreta*. Barcelona: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Serveis de Salut Mental i Generalitat de Catalunya.

Waern, M. (2003). Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. Thomson, A. (ed.) *Alcohol and alcoholism*. Oxford: Oxford University Press.

Waern, M., Rubenowitz, E., Wilhelmson, K. (2003). Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology*, 49, 328-334.

## Autores

### MARIA ISABEL CUART SINTES

Palma, 1974. Llicenciada en psicopedagogia i doctora en ciències de l'educació per la Universitat de les Illes Balears. Postgraduada en demències i malaltia d'Alzheimer per l'Institut Superior d'Estudis Psicològics (ISEP). Màster en musicoteràpia per l'ISEP i la Universitat de Vic. Actualment treballa com a tècnica a l'Àrea d'Atenció a la Dependència de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials i com a professora associada de la Universitat de les Illes Balears, al Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació, àrea de Psicologia Evolutiva i de l'Educació.

### MARGALIDA M. BATLE MAYRATA

Biniali (Sencelles) 1963. Grau en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (4t curs). Ha realitzat cursos de formació en: "La intel·ligència social", "Professionalització i qualitat de l'atenció a les persones majors", "Ansietat i Estrès", "Habilitats socials", "Autoajuda i higiene mental per viure millor", "Desenvolupament personal, qualitat de servei i comunicació", "Tallers grupals", "Reconeixement emocional...", etc. Ha treballat a l'Ajuntament de Palma i a l'Institut Balear d'Afers Socials (CAIB). Actualment és funcionària i treballa a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, Àrea d'Atenció a la Dependència.





# Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2015**



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria de Serveis Socials i Cooperació



**Consell de  
Mallorca**

■ Departament de Benestar  
i Drets Socials