

**POLISIMPTOMATOLOGIA:
SUPORT SOCIAL I AUTONOMIA**

Polisimptomatologia: suport social i autonomia

Lluc Nevot Caldentey

Carmen Orte Socias

Lluís Ballester Brage

Gregorio Molina Paniagua

Resum

La investigació sobre la relació entre el suport social i l'autonomia en persones que pateixen polisimptomatologia s'ha vist dominada per assaigs d'eficàcia. El camp no disposa d'una teorització sofisticada sobre les persones grans amb necessitat de vida assistida. És necessari desenvolupar un model teòric que dissenyi els plànols a partir dels quals puguem construir el camí envers la promoció de l'autonomia.

Vàrem seleccionar 178 persones beneficiàries de la prestació econòmica per a cures a l'entorn familiar (PECEF) a partir de les visites que feren a domicili els treballadors socials (PIA), antropòlegs i un administratiu (ADE) de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears i la Direcció general de Dependència. Per avaluar la polisimptomatologia, vàrem revisar 173 informes mèdics emesos per el Servei de Salut de les Illes Balears, a més de passar-los qüestionaris per conèixer-ne, entre altres paràmetres, la percepció sobre la salut individual. Per avaluar-ne la dependència, sistematitzarem els resultats del barem de valoració dels graus de dependència (BVD) i, per avaluar el suport social, emprarem el qüestionari d'autoadministració *Social support survey*, desenvolupat pel Medical Outcomes Study (MOS). A més, recollirem un seguit de dades sociodemogràfiques. Analitzarem les variables aplicant alguns estadístics, com el Pearson, el test de Fisher o l'anàlisi de variància ANOVA, a les respostes dels participants amb l'IBM-SPSS. Els resultats indiquen alguns factors explicatius de dependència i obren vies per a futures investigacions.

Resumen

La investigación sobre la relación entre apoyo social y autonomía en personas que padecen polisintomatología se ha visto dominada por ensayos de eficacia. El campo no dispone de una sofisticada teorización sobre las personas mayores con necesidad de vida asistida. Se trata, pues, de desarrollar un modelo teórico que diseñe los planos con los que construir el camino hacia la promoción de la autonomía.

Se seleccionaron 178 personas beneficiarias de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF) mediante visitas a domicilio de los trabajadores sociales (PIA), antropólogos y un administrativo (ADE) de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears i la Direcció General de Dependència. Para evaluar su polisintomatología, se revisaron un total de 173 informes médicos emitidos por el Servei de Salut de les Illes Balears, junto con cuestionarios para conocer la percepción sobre la salud de los individuos. Para evaluar la dependencia, se sistematizaron los resultados del baremo de valoración de grados de dependencia (BVD) y

para evaluar el apoyo social, se usó el cuestionario de auto-administración Social support survey, desarrollado por el Medical Outcomes Study (MOS). Se recogieron un conjunto de datos socio-demográficos. Las variables fueron analizadas aplicando algunos estadísticos, como Pearson, el test de Fisher o ANOVA a las respuestas de los participantes mediante el instrumento IBM-SPSS. Los resultados indican algunos factores explicativos de dependencia y abren nuevas vías para futuras investigaciones.

1. Introducció

L'atenció a l'envelliment és objecte de debat entre els organismes mundials, europeus, estatals, així com autonòmics, per les implicacions econòmiques i socials que comporten les tendències demogràfiques (OMS, 2015; Eurostat, 2017; CSIC, 2018; IMSERSO, 2016; IBSALUT, 2017; IMAS 2016; GIFES, 2018, entre d'altres). De manera unànime, es destaca la importància de mantenir l'autonomia i la independència de les persones grans com a objectiu clau en el marc de les polítiques per a l'envelliment actiu. En el cas espanyol, així és recollit a la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

Amb aquest objectiu, ubiquem com a focus estratègic d'intervenció l'adreçament envers la garantia de la promoció de la salut física i cognitiva, la qual es veu condicionada per factors determinants de l'envelliment saludable i actiu, que es troben més enllà del sistema de salut i que impacten directament o indirectament sobre el benestar de l'individu (Nistor, 2014; Arezzo i Giudici, 2015). En el pla internacional, el tema de les desigualtats en salut tornà especialment significatiu al 2008, quan l'Oficina Regional per a Europa de l'Organització Mundial de la Salut establí la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut per donar suport als països i associacions mundials en l'afrontament dels factors que porten a la mala salut i a la manca d'equitat. Més recentment, es reconegué que els determinants socials de la salut són un enfocament fonamental de la tasca de l'OMS i una àrea prioritària en el projecte del XIIè Programa general del treball de l'OMS pel 2014-2019. En particular, el suport social va ser identificat com a determinant clau del marc de les comissions (OMS, 2010).

Centrant-nos en el concepte de suport social, veiem que, d'acord amb Vives, Orte i Ballester (2015), ha estat conceptualitzat amb terminologies i conceptes diferents (n'hi ha que prenen variables objectives i subjectives per definir-lo, i d'altres el defineixen com les «relacions amb altres persones», com a «benestar social»...). La definició de Robert D. Putnam sobre l'estudi del suport social treu una essència binària del concepte. Esmenta qüestions de tipus estructural, les quals emfatitzen els aspectes conductuals del concepte, com ara la participació i, a banda, de caire cognitiu, en relació amb els valors i percepcions

subjectives, com ara la confiança (Rouxel, Tsakos, Demakokos, Zaninotto, Chandola, i Watt, 2015).

El suport social pot ser una de les raons per les quals, malgrat que la millora en medicina i condicions de vida en el temps siguin indubtables, la distribució de la salut dins i entre regions afronti un desequilibri creixent. Hi ha investigadors de diverses àrees que han tractat d'entendre perquè algunes persones tenen més risc de malaltia i mortalitat que d'altres (Folland, 2007; d'Hombres, Rocco, Suhrcke, i McKee, 2010; Rocco i Marc, 2012; Andrew, 2005; Poulsen, Christensen, Lund, i Avlund, 2011).

Les dades reflecteixen que les persones grans tenen un grau més elevat de participació comunitària en relació amb altres grups d'edat. Amb l'augment de l'edat, la majoria dels contactes socials minven i els vincles amb les persones externes a la família s'esvaeixen, mentre que amb familiars propers tendeixen a augmentar (Lowe, 2010; Orte, Ballester, Mascaró, i Nevot, 2017). Els adults grans podrien participar en nous rols dins la família/comunitat, els quals podrien diferenciar-se en funció del gènere: les dones sobreviuen més temps, però experimenten més anys de discapacitat (Arezzo i Giudici, 2015).

Kavanagh et al. (2006) identificaren en el seu estudi que l'efecte del suport social en la salut era diferent per als homes i per a les dones a mesura que augmenta l'edat. Stafford et al. (2005), per la seva part, trobaren més efecte protector del suport social sobre l'autopercepció de salut en dones en una població nord-americana, mentre que Skrabski et al. (2003) trobaren que les taxes de mortalitat masculina estaven vinculades a la manca de suport social i, concretament, a la manca de suport de les organitzacions cíviques. Les taxes de mortalitat femenina es vincularen més a les mancances en el suport social relacionat amb la percepció de reciprocitat. Baltes i Baltes (1990) identificaren que, malgrat que la xarxa social minva a mesura que es compleixen anys, es manté o es millora la satisfacció vital i el benestar subjectiu. Hi ha altres teories que vinculen el fet d'encaixar en aquests patrons amb termes com la selecció de metes i l'optimització d'habilitats per assolir aquests objectius (Carstensen, 1992; Charles i Carstensen, 2009) o fan èmfasi en l'avantatge derivat de l'experiència de vida sobre la regulació de la vida emocional i social (Blanchard-Fields, 2007). En relació amb la teoria de la selectivitat socioemocional (Carstensen, 1992; Carstensen et al., 1999; Carstensen, 2009), els patrons socials i emocionals a la vellesa podrien ser interpretats com a respostes d'adaptació: concentren el temps i l'energia en els pocs interlocutors socials que satisfan més bé les seves necessitats socials primàries, i atorguen menys rellevància a relacions noves (Fung, Carstensen, i Lang, 2001). D'aquí sorgeix la hipòtesi que continuar socialment actiu és fonamental per envellir amb èxit.

Hi ha nombrosos estudis que demostren l'impacte que exerceix el suport social sobre els processos relacionats amb la salut i la malaltia, així com l'efecte beneficiós que tenen sobre l'evolució de malalties d'índole diversa, com poden ser la depressió, l'artrosi, la

diabetis o la hipertensió arterial (Berkman i Sume, 1979; Broadhead, Kaplan, James, Wagner, Schoenbach, i Grimson, 1983; Glasgow i Schafer, 1987; MacCaul, Jamison, i Virts, 1990; Bland, Krogh, Winkelstein, i Trevisan, 1991; Odmsn, Berkman, i Kassl, 1992; Paykel, 1994). Per últim, hi ha diverses investigacions que han relacionat el suport social amb la mortalitat, de manera que, quan aquest és insuficient determina un risc de mort més elevat, sobretot en determinats grups de població, com podrien ser les persones grans o les persones vídues (Hoffman i Hatch, 1996).

Essent tan evidents les relacions entre suport social i salut, de cada vegada hi ha més interès a incorporar l'anàlisi i quantificació del primer dins les activitats dels serveis socials i de salut. Malgrat això, un dels principals problemes assenyalats pels investigadors a l'hora d'estudiar el suport social i poder treure'n resultats concloents que permetin dibuixar una teoria sobre la qual fonamentar les intervencions i reformes en el sistema engranat per la Llei de promoció de l'autonomia, han estat les mancances en la preparació i aplicació d'instruments de mesura vàlids i, sobretot, que poguessin emprar-se en la pràctica diària.

L'elecció és facilitada, si tenim en compte el que mesura realment l'instrument i el grau de validesa i fiabilitat que demostra l'aplicació de l'eina. En la recerca d'instruments validats, s'identifica el qüestionari MOS de suport social, el qual fou creat als Estats Units per Sherbourne i Stewart (1991) originàriament per a pacients amb malalties cròniques. És un qüestionari breu i multidimensional que permet investigar tant els aspectes quantitius (xarxa social) com els qualitius (dimensions del suport social).

Uns dels estudis de validació d'aquesta eina entre la població espanyola que pot servir d'exemple és el treball realitzat per De la Revilla, Luna del Castillo, Bailón, i Medina (2005), els quals apliquen el qüestionari MOS-SSS per mesurar el nivell de suport social de la població atesa en dos centres de salut de Granada. L'objectiu era saber si els pacients amb patologies cròniques (EPOC, diabetis i hipertensió arterial) presentaven un grau de suport social diferent de la resta de la població objecte d'estudi, i, dins de cada patologia, quines eren les variables influents en els diferents nivells de suport.

2. Suport social i autonomia en polisimptomatologies: un nou paradigma necessari

Els resultats dels estudis sobre suport social i salut són difícils de comparar perquè hi ha mancances derivades de les diferents maneres de conceptualitzar i mesurar el suport social (Rouxel, Tsakos, Demakokos, Zaninotto, Chandola, i Watt, 2015).

El desenvolupament òptim de la vellesa és difícil d'assolir quan manca el suport social i els recursos necessaris per garantir una vida amb benestar. Els aspectes psicosocials implicats

no depenen íntegrament del subjecte; la salut, la feina, els ingressos econòmics o el suport familiar, entre d'altres, estan relacionats amb les circumstàncies de l'ambient en què es desenvolupen les persones. Depenen també de les polítiques d'atenció i de suport a la societat establertes per proveir els diversos grups socials d'unes expectatives de vida millors (Ramos i Salinas, 2010).

D'acord amb Ovejero (1987), les malalties són el resultat de l'estil de vida, dels costums i tradicions o de les modes, entre altres elements. El que enfronten les persones en la vellesa no són solament possibles malalties, sinó també les conseqüències d'emmalaltir en un context de manca de suport. A mesura que avança l'edat, apareixen simptomatologies socials, biològiques i cognitives que generen l'augment de la necessitat de tercers, mentre que les possibilitats d'accedir-hi es veuen restringides pels que, en contextos de mortalitat o malaltia, tenen més esperances de vida. Això a banda, com afirmen Ramos i Salinas (2010), l'esperança de vida i les condicions de salut han anat canviant o prenent direccions particulars, una realitat que ha incrementat el nombre de persones grans amb certs patiments. També ha implicat un canvi en les expectatives familiars i personals respecte de l'edat. Per moltes famílies, comptar amb una persona en edat de vellesa que pateix una malaltia crònica és altament costós en tots els sentits.

3. Salut somàtica i suport social

La teoria de la funció aplicada a l'envelliment (Ormel, Lindenberg, Steverink, i Verbrugge, 1999; Ormel, 2002; Steverink i Lindenberg, 2006) identifica tres necessitats socials bàsiques: afecte, confirmació del comportament i estatus; el benestar general augmenta a mesura que aquestes tres necessitats es veuen satisfetes. L'afecte es compleix mitjançant relacions que porten a la sensació de sentir-se estimat, confiable i acceptat; la confirmació del comportament resulta del sentit de fer el que és considerat correcte als ulls de la resta i d'un mateix; i la necessitat d'estatus es compleix mitjançant les relacions que porten a la sensació de ser tractat amb respecte i amb serietat.

La teoria de l'envelliment exitós (Steverink et al., 1998) afegeix a l'explicació els canvis en la possibilitat de satisfer les necessitats i assolir el benestar a mesura que avança l'edat. L'estatus és el més difícil de mantenir al llarg de la vida, atès que es vincula més als recursos físics i socials, mentre que l'afecte és més fàcil d'assolir mitjançant els interlocutors propers a la persona d'edat avançada. La teoria sustenta que la confirmació del comportament es troba en un punt intermedi; el procés de substitució i compensació entre la satisfacció de les tres necessitats socials té lloc a l'envelliment: la disminució de l'estatus, serà compensada per la satisfacció en la necessitat de confirmació i afecte.

Partint de la literatura multidisciplinària esmentada, la hipòtesi que atorga sostenibilitat a la investigació és que, donat que el suport social té un efecte protector sobre la salut (Veenstra, 2005; Andrew, 2005) i que la salut és un dels factors amb més càrrega sobre la capacitat de romandre autònom, la PECEF serveix per garantir el suport social afectiu a les persones en situació de dependència. En el cas que es confirmàs la hipòtesi, podríem dir que el suport social és un dels determinants de l'autonomia.

4. Mostra d'estudi¹

Respecte de l'edat, el gènere i grau de la mostra, identifiquem la representació que tenen en l'univers d'estudi. Per gènere, el perfil del sol·licitant és majoritàriament femení (62,06%) en el conjunt balear. Els beneficiaris del PECEF són el 63,15% del total, xifra similar a la mostra, ja que les dones en representaren el 66,3%. Per edat, veiem que, tant a l'univers d'estudi com a la mostra, les persones grans de 65 anys són aproximadament el 80%. Quant a la distribució per graus, observem la predominança del grau I a la mostra (45,51%). Malgrat que a l'univers de referència predomini el grau II (41,38%), la mostra també és representativa del context d'estudi. Aquesta tendència s'explica pel volum d'enquestats a municipis que aglutinen un nombre més elevat de dependents (municipis de més de 20.000 habitants), on predomina el grau I per sobre de la resta.

Per portar a terme l'estudi, decidírem seleccionar una mostra dins l'univers de referència -població en situació de dependència- que acomplís certs trets que permetessin valorar el suport social percebut quan la persona objecte d'estudi es trobés en el context familiar. D'aquesta manera, acordarem unànimement que la mostra que ens permetria fer el millor anàlisi seria la de persones beneficiàries de la prestació econòmica per a cures a l'entorn familiar (PECEF). Donat que la naturalesa de la prestació s'orienta a facilitar el suport a les llars familiars per promoure el manteniment de la persona en situació de dependència dins el context originari de convivència i, en segon lloc, pel fet que, d'acord amb Pillemer i Holtzer (2016), el mesurament del suport social es veurà influït per les característiques contextuais de les persones que es pretengui mesurar. Convenia, doncs, assegurar certes característiques d'homogeneïtat pel que fa al context al qual s'orienta l'estudi.

4.1. Caracterització sociodemogràfica

- Per àrea territorial: el 38,89% de la mostra formava part dels municipis de menys de 20.000 habitants i el 29,21%, als municipis de més de 20.000, i, la resta, a Palma (30,9%).

¹ Estudi dut a terme des de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears i Direcció General de Dependència.

- Per sexes: el 33,7% dels subjectes enquestats foren homes i el 66,3%, dones.
- Per edat: el 38,8% tenia menys de 75 anys, mentre que el 61,2% en tenia 75 o més.
 - S'identifica una predominança de la població masculina en situació de dependència per sota dels 75 anys (46,7% dels homes i 34,7% de les dones), dades que s'inverteixen en el còmput per cada sexe, si mirem les dades per sobre dels 75 anys (53,3% dels homes i 65,3% de les dones).
 - Si fixam el punt de mira en el creuament entre grau de dependència i sexe, observam que la proporció de dones queda distribuïda en un 46,6% al grau I, en un 36,4% al II i en un 16,9% al III. En el cas dels homes, queda en un 43,3% al grau I, 43,3% al II i en un 13,3% al III.
- Naturalesa de les llars: un 49,4% de les llars estaven constituïdes per dues persones; un 17,4% per 4 i un 15,7% per 1. Un 27,5% tenien dos fills; un 20,2%, no en tenien i un 19,7% en tenia tres.
- Nivell d'estudis: un 11,8% de la mostra era analfabeta; un 35,4% no tenia estudis, però sí que sabia llegir i escriure; un 36,5% disposava d'estudis primaris; un 11,2% comptava amb estudis secundaris, i solament un 5,1% tenia estudis superiors.
 - Creuant les dades entre nivell d'estudis i edat, és possible inferir que la tendència a l'estudi és una característica més vinculada a les persones de menys de 75 anys (42% amb estudis primaris), encara que predominen les que no tenen estudis entre les persones de 75 anys o més (44%), però que saben llegir i escriure.
 - El gruix més nombrós de població analfabeta s'ubica al grau II (17,4%), i s'exagera fonamentalment en la proporció de persones que no tenen estudis, però que saben llegir i escriure a la mostra relativa al grau I (43,2%). Aquestes diferències es redueixen en la població amb estudis primaris (37%, 36,2% i 35,7% en els graus I, II i III). S'observa que un 8,6%, un 11,6% i un 17,9%, correlativament, compten amb estudis secundaris, i un 4,9%, un 1,4% i un 14,3%, amb estudis superiors.
- Parentiu curador-dependent: en un 30,9% dels casos la persona dependent era el pare o la mare de la persona curadora; un 18,5% era la filla o fill; un 30,9%, l'espòs o l'esposa; un 6,2%, una germana o germà, i un 5,1% responia a altres vincles.
- Domicili: en el 69,7% dels casos, el domicili de la persona curadora coincidia amb el de la persona dependent.

- Per sexes la tendència és suggeridora: el 83,3% de les persones que conviuen amb el curador són homes, mentre que es redueix al 62,7% la proporció de dones que viuen amb el curador familiar principal.
- Per grau, com era d'esperar, trobem una relació significativa quant a coincidència amb el domicili, ja que, com més gran és el grau de dependència, més probabilitat hi ha de conviure amb el curador principal.

5. Instruments

Podem definir els instruments emprats per portar a terme l'estudi classificant-los en quatre grans blocs: dades sociodemogràfiques, dependència, suport social i salut.

1. Dades sociodemogràfiques. Al començament del qüestionari, creat amb l'eina Lime Survey, plantejarem un seguit preguntes tancades d'opció tant dicotòmica com nominal politòmica, ordinal politòmica com contínua sobre municipi, sexe, edat, grau de dependència, estat civil, membres de la unitat familiar, nivell d'estudis, ocupació, entre d'altres, que, juntament amb el plantejament de les qüestions relatives a dependència, salut i suport social, permeteren perfilar la mostra seleccionada.
2. Dependència. Per avaluar la dependència, sistematitzarem els resultats del barem de valoració dels graus de dependència (BVD), establerts pel Reial Decret 174/2011, d'11 de febrer, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència establert per la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, relatiua a l'execució de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).
3. Suport social. Per a les persones amb dependència, triarem el Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS), perquè permet examinar el rol del suport social percebut en les dimensions de: suport tangible -material-; suport emocional i de caire informacional; suport afectiu relatiu a sentir-se estimat, i, finalment, el relatiu a la interacció social positiva. Dirigit originàriament a persones amb malalties cròniques, planteja preguntes extrapolables, per les característiques socials i de salut, a la població que presenta algun tipus de dependència. Aquesta eina disposa d'un total de 19 ítems hipotètics per mesurar els tipus de suport esmentats (Gjesfjeld et al., 2007; De la Revilla, Luna del Castillo, Bailón, i Medina, 2005; Yu et al., 2004; Sherbourne i Stewart, 1991).
4. Salut. Per avaluar l'estat de salut de la població diana, revisarem un total de 173 informes mèdics -mort experimental de 5 perquè no es trobaren al SISAAD-, emesos

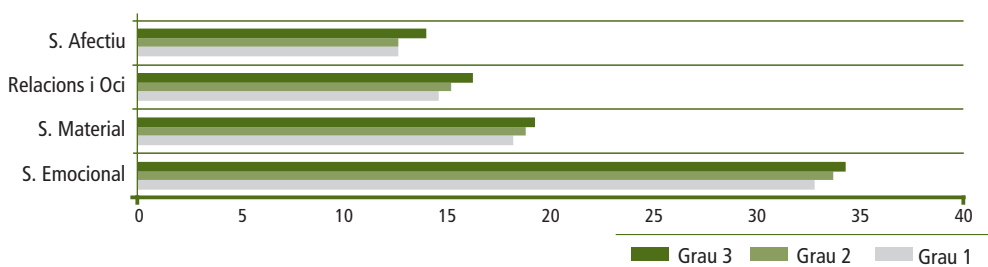
pel Servei de Salut de les Illes Balears, disponibles al Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SISAAD), de l'IMSERSO. Juntament amb el plantejament de la qüestió «En general, consider que el meu estat de salut és...?» (essent 1 molt dolent i 4 molt bo) que havien de respondre en una escala ordinal de quatre ancoratges («molt bo», «bo», «dolent» o «molt dolent») d'elecció única, permeté conèixer tant la situació com la percepció que els individus tenen sobre el seu estat de salut.

6. Resultats

En la mostra de persones en situació de dependència observam les tendències següents:

Quant als resultats obtinguts pel que fa al suport social mesurat pel MOS-SSS, veiem que, per graus, curiosament, les persones de la mostra disposen d'un creixent suport social com més elevat és el grau de dependència.

Gràfic 1 | Distribució de resultats quant a suport social (MOS-SSS) en funció del grau de dependència



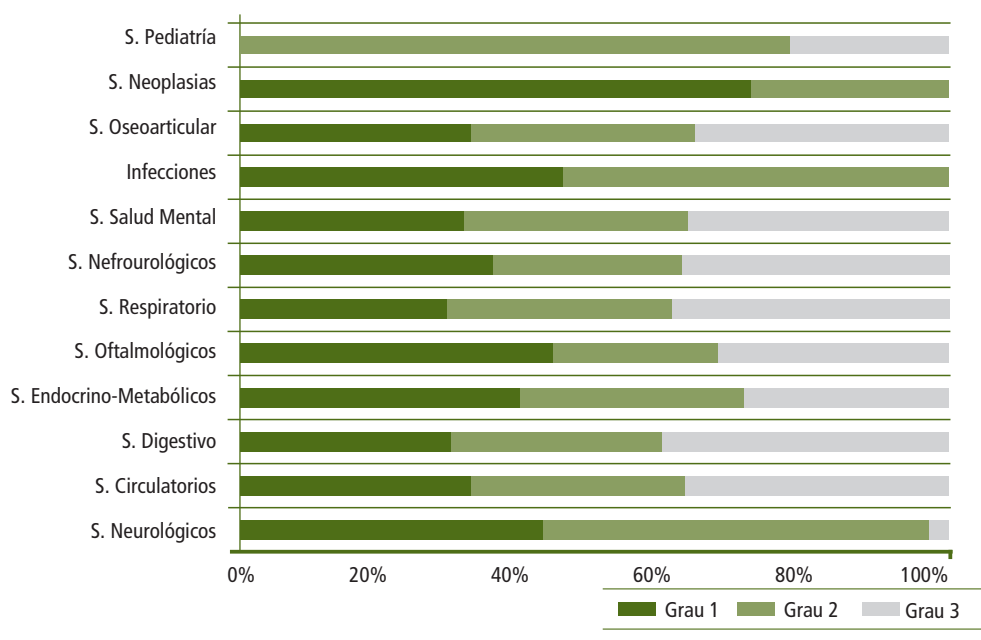
Aplicant ANOVA, la qual permet comparar els diferents grups (I, II i III) a les puntuacions de tipus quantitatiu obtingudes per a cada una de les variables per identificar diferències entre grups—suport afectiu, relacions i oci, suport material i emocional—, únicament podem generalitzar l'associació entre el grau de dependència i el suport afectiu ($F=3,552$), valor significativament ($Sig.=0,031$) diferent d'1.

En la simptomatologia somàtica, presentam els resultats del nombre de símptomes identificats en els últims informes mèdics presentats en versió original al sistema de dependència, que trobem adjunts dins el sistema d'informació del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SISAAD). En traiem les mitjanes globals en simptomatologies, així com la identificació de les àrees de salut que s'han vist afectades pels mals, en el seu cas, físics o relatius a la salut mental i/o neurològica. Quant als resultats

de la primera qüestió, es pot veure que el nombre de símptomes computats en mitjana per a les 178 persones, presentaren $\mu=7.47$ diagnòstics, amb un mínim de N=1 símptoma i un màxim de N=23 en informe mèdic.

Pel que fa als símptomes identificats per àrees i graus, se'n presenten les tendències al gràfic següent:

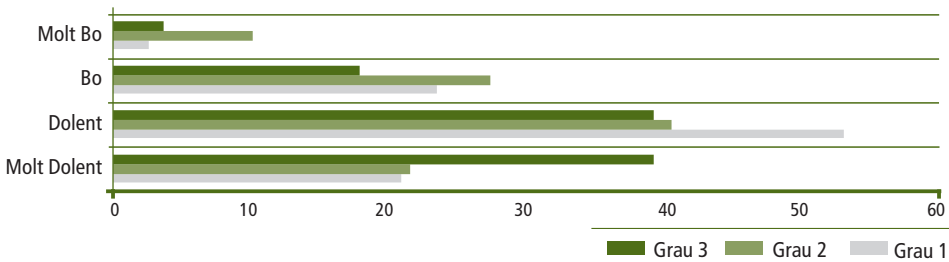
Gràfic 2 | *Distribució de resultats quant a simptomatologia somàtica en funció del grau de dependència.*



Segons els resultats del test exacte de Fisher –prova de significació estadística emprat en les taules de contingència- i de la distribució de khi quadrat de Pearson –emprada per provar la independència entre dues variables-, hi ha diferències significatives en la relació entre el grau de dependència i els símptomes tant neurològics com pediàtrics, però no n'hi ha quant a la resta de símptomes. És a dir, la presència d'un símptoma en alguna d'aquestes regions esmentades no té el perquè de vincular-se a la necessitat d'assistència. Solament trobam aquesta relació en la presència de diagnòstics pediàtrics ($p=0,000$, segons la prova exacta de Fisher), com els retards mentals o en els diagnòstics de tipus neurològic ($p=0,011$, segons khi quadrat), com seria l'epilèpsia.

En relació amb l'altra variable observada en el clúster relatiu a la salut, la percepció sobre l'estat de salut, l'observem al gràfic següent per il·lustrar la relació amb el grau de dependència:

Gràfic 3 | Distribució de resultats d'autopercepció de la salut quant a grau de dependència



Entre les persones beneficiàries de la PECEF, observem que destaca notòriament el volum de persones amb grau II, les quals etiquetaren el seu estat de salut com a «molt bo»; predomina el volum de persones amb grau III, que el perceben com a «molt dolent» i, a diferència del que semblaven indicar les tendències, com a «dolent», en el cas del grau I.

7. Conclusions

D'acord amb les tendències dominants entre la població en situació de dependència, les dades diluciden que la dependència és una qüestió que s'esbiaixa cap al sexe femení i cap a les persones grans, fet que trobam més que explicat i suportat per la literatura de tota índole i procedència. I és que, a part que les dones tenen una esperança de vida més llarga, el patiment generador de dependència afecta més als grans que no els joves. Aquest fet, juntament amb el desgast propi de l'edat, incrementa la possibilitat de desenvolupar la necessitat d'assistència quotidiana.

Això a banda, les persones amb més grau de dependència reconegut i amb una edat més avançada, són les que tenen un nivell d'estudis més baix i, fins i tot, són analfabetes a causa de les comeses que caracteritzaven la cultura de la producció temps enrere, la qual cosa ja de per si reclama més suport social. Fonamentalment, quan parlem en termes de necessitat de suport de tipus informatiu/material o d'accés als recursos. La conjunció entre les característiques telemàtiques de la societat d'avui i les mancances de formació que en aquest àmbit rep aquest col·lectiu en molts casos limiten la construcció d'autonomia.

Les dades deixen entreveure una certa predominança del protagonisme exercit per la dona, ja que no solament és que hi hagi més dones, sinó que també són les que més cures atorguen i les que menys en perceben per part de familiars. Tal vegada podria ser que hi hagués una diferència en el suport social percebut que agreuja l'expressió dels símptomes, no vinculada únicament a una esperança de vida més llarga. Cal que es faci més investigació per gènere al respecte, ja que entre el col·lectiu femení dependent sembla que hi hagi més presència de curadors formals, amb el caràcter contractual del suport social que porta implícit.

Pel que fa al suport social percebut per la població perceptora de la PECEF, n'és un factor explicatiu del grau de dependència, el suport afectiu, per tant, es confirma la primera part de la hipòtesi inicial. Aquesta associació tal vegada la podem vincular al fet que aquesta prestació social, orientada a que les cures i la promoció de l'autonomia de la persona dependent es facin dins el context familiar, genera més percepció de retroacció (*feedback*) en les expressions d'afecte, ja que té més oportunitats de mantenir la xarxa social, i que esdevé més vulnerable a mesura que avança l'edat. En aquest cas, seria útil portar a terme un estudi més ampli que permetés analitzar les diferències en els resultats pel que fa al suport social entre grups. Aquesta anàlisi seria possible definint un grup de control i un grup experimental dins l'univers d'estudi. L'experimental podria estar format per les persones perceptores de PECEF i el de control podria estar constituït per persones beneficiàries de prestacions d'una altra índole, com ara les de tipus residencial. D'aquesta manera, veuríem les diferències en l'impacte que genera el suport social sobre la salut i l'autonomia de les persones en situació de dependència en funció del context en què estan immerses.

En qualsevol cas, és important tenir en compte els biaixos esdevinguts probablement de l'efecte espiral sobre les puntuacions relatives al suport social per dos motius principals. Un, per les qüestions de tipus emocional plantejades per professionals envers el temps de què es disposà per crear un context de cooperació i confiança (30', aproximadament) i, l'altre, per la possible impressió de trobar-se en un context professional de control -revisió quantia PECEF- que únicament era de cooperació voluntària en investigació.

Quant a propostes d'intervenció, observam la necessitat d'implementar actuacions per abordar certs trets de dependència que fiten l'autonomia. En el cas de les limitacions existents en el nivell d'estudis de les persones dependents, una possibilitat seria implementar a les llars intervencions programades per millorar les competències familiars. Les persones de la mostra tenen unes llars formades per una mitjana de 2 persones per habitatge, una xarxa social mitjana de 7,5 persones i una mitjana de 3 fills. Aleshores, podria ser útil programar activitats sistèmiques de promoció de l'autonomia personal per dotar d'eines les famílies, que, des de les llars, s'encarreguen de fomentar l'envelliment amb èxit. Tot plegat, tenint en compte que, com indiquen Fung, Cartensen i Lang (2001),

Lowe (2010) i Orte et al. (2017), esmentats en apartats precedents, les respostes d'adaptació que dona la vellesa a la pèrdua de xarxa social progressiva -ascendents, amics, companys...- i que garanteixen aquest envelliment amb èxit es fonamenten en més concentració d'energia i de temps en els pocs interlocutors socials que satisfan més bé les necessitats de socialització, i deixen a un segon pla la creació de noves relacions.

Això a banda, els estudis evidencien els efectes que tenen sobre la salut psicològica i somàtica les mancances en el suport social. D'aquesta manera, la manca de relació significativa identificada entre el suport social i el grau de dependència evidencia la necessitat d'incloure en el barem de valoració dels graus de dependència (BVD) alguns ítems de mesurament del suport social. I més quan consideram que un dels objectius de la llei i de les prestacions socials que se'n deriven és fomentar l'autonomia de les persones en situació de dependència.

Referències bibliogràfiques

Andrew, M. K. (2005). Social capital, health, and care home residence among older adults: a secondary analysis of the health survey for England 2000. *European Journal of Ageing*, 2(2), 137–148.

Arezzo, M. F. i Giudici, C. (2015). Social capital and self perceived health among european older adults. *Social Indicators Research Journal*, 130, 665-685. doi: 10.1007/s11205-015-1195-z

Baltes, P. B., i Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J., i Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.

Berkman, L. E. i Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. *American Journal Epidemiology*, 109, 186.

Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday problem solving and emotion: An adult developmental perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 16(1), 26–31.

Bland, S., Krogh, V., Winkelstein, W., i Trevisan, M. (1991). Social network and blood pressure: a population study. *Psychosomatic Medicine*, 53, 598-607.

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V. i Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC funcional social support questionnaire: Measurement for social suport in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.

Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J. i Grimson, R. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal Epidemiology*, 117, 521-529.

Carstensen, L. L. (1992). Motivation for social contact across life span: A theory of socioemotional selectivity. A: J. E. Jacobs (Ed.). *Developmental perspectives on motivation*, 209–254, 682 M. F. Arezzo, C. Giudici.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., i Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181.

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. *Informes de Envejecimiento en Red*, 17, 1-34.

Cuéllar-Flores, I., i Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 34(1), 89-101.

D'Hombres, B., Rocco, L., Suhrcke, M., i McKee, M. (2010). Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. *Health Economics*, 19(1), 56-74.

De la Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E., i Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6, 10-23.

Eurostat (2018). Estructura demográfica y envejecimiento de la población. Luxemburgo: *Eurostat Statistics Explained*. Recuperat de http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/es

Folland, S. (2007). Does community social capital contribute to population health? *Social Science & Medicine*, 64(11), 2342-2354.

Fung, H. H., Carstensen, L. L., i Lang, F. R. (2001). Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: Implications for socioemotional selectivity across the life span. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 185-206.

GIFES (2018). *Investigació i formació educativa i social (GIFES)*. Envel·liment. Universitat de les Illes Balears. Recuperat de <http://gifes.uib.cat/Bibliografia-gent-gran/>

Gjesfjeld, C. D., Greeno, C. G., i Kim, K. H. (2007). A confirmatori factor analysis of an abbreviated social support instrument the MOSS-SSS. *Research on Social Work Practice*, 18(3), 231-237.

Hoffman, S. i Hatch, M. C. (1996). Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 4, 380-405.

IBSALUT (2018). *Programa d'atenció domiciliària*. Conselleria de Salut i Atenció Primària del Govern de les Illes Balears. Gerència d'Atenció Primària.

IMAS (2016). *Memòria 2016*. Departament de Benestar i Drets Socials, Consell de Mallorca.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2016). *Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos y por comunidades autónomas*. Madrid: Colección Personas Mayores. Serie Documentos Técnicos y Estadísticos.

Jamison, R. N. i Virts, K. L. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 283-287.

Kavanagh, M., Bentley, R., Turrell, G., Bromm, D., i Subramanian, S. (2006). Does gender modify associations between self rated health and the social and economic characteristics of local environments? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 490-495.

MacCaul, K. D., Glasgow, R. E. i Schafer, L. C. (1987). Diabetes regimen behaviors. Predicting Adherence. *Medicine Care*, 25, 686-881.

Nistor, G. (2014). New educational strategies regarding quality of life for elderly people. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 142, 487-492. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.07.653

Odmsn, T. E., Berkman, L. F. i Kassel, S. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal Epidemiology*, 135, 598-607.

OMS (2015). *Informe mundial sobre envejecimiento y salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ormel, J. (2002). *Social production function (SPF) theory as a heuristic for understanding developmental trajectories and outcomes*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N., i Verbrugge, L. (1999). Subjective well being and social production functions. *Social Indicators Research*, 46, 61-90.

Orte, C. Ballester, L., Mascaró, A., i Nevot, L. (2017). La utilización de redes para ligar en los adultos mayores. *Anuari d'Envel·liment*, 207-241.

Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 50-58.

Pillemer, S. C. i Holtzer, R. (2016). The differential relationships of dimensions of perceived social support with cognitive function among older adults. *Ageing & Mental Health*, 20, 727-735.

Poulsen, T., Christensen, U., Lund, R., i Avlund, K. (2011). Measuring aspects of social capital in a gerontological perspective. *European Journal of Ageing*, 8(4), 221-232.

Lowe, P. (2010). *Ageing*. Newcastle upon Tyne: Newcastle University.

Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6, 65-78.

Ramos, J. i Salinas, R. J. (2010). Vejez y apoyo social. *Revista de Educación y Desarrollo*, 15, 69-76.

Rocco, L., i Marc, S. (2012). *Is social capital good for health? Technical report*, WHO Regional Office for Europe.

Rouxel, P., Tsakos, G., Demakakos, P., Zaninotto, P., Chandola, T. i Watt, R. G. (2015). Is social capital a determinant of oral health among older adults? findings from the english longitudinal study of ageing. *PlosONE*, 10(5). doi: 10.1371/journal.pone.0125557

- Sherbourne, C. D. i Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Sciences & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Skrabski, A., Kopp, M., i Kawachi, I. (2003). Social capital in a changing society: Cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(2), 114-119.
- Stafford, M., Cummins, S., Macintyre, S., Ellaway, A., i Marmot, M. (2005). Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment. *Social Science & Medicine*, 60(8), 1681-1692.
- Steverink, N., i Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psychology and Aging*, 2, 281-290.
- Steverink, N., Lindenberg, S., i Ormel, J. (1998). Towards understanding successful ageing: Patterned change in resources and goals. *Ageing and Society*, 18, 441-467.
- Veenstra, G. (2005). Location, location, location: Contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada. *Social Science & Medicine*, 60(9), 2059-2071.
- Vives, M., Orte, C., i Ballester, L. (2015). Efectos sociales 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 interuniversitària*, 25, 299-317.
- World Health Organization (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Yu, D. S., Lee, D. T., i Woo, J. (2004). Psychometric testing of the Chinese version of the Medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). *Research in Nursing & Health*, 27(2), 135-143.

Autors

LLUC NEVOT CALDENTÉY

Manacor (1992). Graduada en Treball Social i Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la Universitat de les Illes Balears (UIB) i posgraduada en Intervenció Familiar Sistèmica pel Centre de Teràpia Familiar i de Parella de Barcelona (KINE). Actualment, és doctoranda en Ciències de l'Educació per la UIB i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Amb anterioritat, valoradora de dependència per a la Fundació de Promoció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears i treballadora social a l'àmbit de la monoparentalitat en risc d'exclusió social. Les seves principals línies d'investigació s'emmarquen en la prevenció de conductes de risc infantils i juvenils, i en la promoció de l'autonomia de la gent gran.

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal 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. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-1998 i l'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 i la directora de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears. És la directora de la International Summer Senior University. Des de juny de 2018 és la Directora General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Govern d'Espanya.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la (1960). Diplomant en Treball Social, doctor en Filosofia per la UIB i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Ha estat director (1990-1996) de la Unitat de Planificació i Estudis dels Serveis Socials del Consell de Mallorca. Fou, també, el primer director de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (2002-2003). És autor, entre d'altres, de l'obra *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos* (1999), i coautor, entre altres llibres, d'*Epistemología de las ciencias sociales y de la educación* (2012); *Iniciación al análisis de datos en la investigación educativa* (2013); *Métodos y técnicas de investigación educativa* (2014); *Le Programme*

de compétences familiales: l'adaptation du SFP en Espagne (2015). Ha estat director de l'ICE de la Universitat de les Illes Balears. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES).

GREGORIO MOLINA PANIAGUA

Capdepera (1974). Diplomant en Educació Social per la UNED. Postgrau en Gestió de Residències i Serveis per a Gent Gran per la Universitat Ramon Llull, Màster en Direcció i Administració d'Empreses. Expert universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontologia per la UIB. Vinculat professionalment al món de la intervenció social des de 1994. Ha dirigit centres residencials per persones grans dependents entre 2007 i 2016. Actualment, és el director tècnic de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears.