

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2022



Universitat
de les Illes Balears

CARMEN ORTE SOCIAS

Directora

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

ANUARI DE L'ENVELLIMENT.
ILLES BALEARS **2022**



Universitat
de les Illes Balears



G CONSELLERIA
O AFERS SOCIALS
I ESPORTS
T
B



IMAS
Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Colonya
Fundació Guillem Cifre



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2022

Aquest Anuari de l'envelliment és el resultat de la col·laboració entre la Conselleria d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears, el Departament de 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) del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques i la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB, 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

Directores adjuntes:

Dra. Lidia Sánchez-Prieto

Dra. Maria Valero de Vicente

Consell de Redacció

Vocals:

Dr. Josep Lluís Oliver Torelló

Dra. Belén Pascual Barrio

Dra. Marga Vives Barceló

Dr. Joan Amer Fernández

Dra. M. Antònia Gomila Grau

Dra. Rosario Pozo Gordaliza

Dra. Victòria Quesada Serra

Secretari:

Dr. Liberto Macías González

Comitè Assessor:

Sr. Enrique Campos Alcaide

Sr. Ferran Dídac Lluch i Dubon

Dr. Jordi Forteza-Rey Borralleras

Sra. Josefa Marí Marí

Dr. Pere Antoni Borràs Rotger

Dr. Juan José Montaña Moreno

Dr. Jordi Puiguriquer Ferrando

Dra. Pilar Andrés Benito

Dr. Josep Antoni Tur Marí

- * © del text: els autors 2022
- * © de l'edició: Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) del 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 d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears, ni del Departament de 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 d'Afers Socials i Esports, <<https://www.caib.es/govern/organigramalarea.do?coduo=3349>>, de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, <<https://catedradependencia.uib.cat/luanaris/>>, d'Edicions UIB, <<http://edicions.uib.es>>, del GIFES, <<http://gifes.uib.es>>, i del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, <<https://ldpde.uib.cat/Publicacions/ennvelliment/>>

Dra. Carmen Orte Socias

Dra. Lidia Sánchez-Prieto i Dra. Maria Valero de Vicente.

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: gifesuib@gmail.com



PRESENTACIONS	5
Pròleg de la consellera d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears Fina Santiago Rodríguez	
Pròleg de la consellera executiva del Departament de Drets Socials i presidenta de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials Sofia Alonso Bigler	
<hr/>	
INTRODUCCIÓ	13
Direcció de l'Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears	
<hr/>	
IMPACTE DE LA COVID-19 I DE LES MESURES PER COMBATRE-LA EN LES TAXES DE MORTALITAT DE LA POBLACIÓ DE LES ILLES BALEARS	19
Myriam García-Olalla, Eliseo Navarro Arribas i Pilar Requena Cabezuelo	
<hr/>	
INFLUÈNCIA DE LA PANDÈMIA EN LES INTOXICACIONS EN LA TERCERA EDAT	47
Jordi Puiguriquer Ferrando i Silvia Miralles Corrales	
<hr/>	
LA XARXA INTERGENERACIONAL I LA INFLUÈNCIA DE LA COVID-19	61
Sofía Valiente Teruel	
<hr/>	
JUSTÍCIA. DRETS DE LES PERSONES GRANS	75
Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya (UDP), Antoni Serratosa Serdà, Cristina Rodríguez-Porrero Miret i Carlos Martínez Ozcáriz	
<hr/>	
ANÀLISI DE L'EVOLUCIÓ DELS INDICADORS D'IMPLEMENTACIÓ DE LA LLEI 39/2006, D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS	93
Gregorio Molina Paniagua i Lluç Nevot-Caldentey	
<hr/>	
EVOLUCIÓ DE LES PRESTACIONS I DELS SERVEIS DEL SISTEMA PER A L'AUTONOMIA I ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS	111
Gregorio Molina Paniagua i Lluç Nevot-Caldentey	
<hr/>	
COM MILLORAR L'EFICÀCIA DEL PROCEDIMENT D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS? UN ESTUDI QUALITATIU SOBRE PROFESSIONALS DE VALORACIÓ I PIA	129
Lluç Nevot-Caldentey i Gregorio Molina Paniagua	
<hr/>	
EL DRET A ENVELLIR EN L'ENTORN PROPI. UNA OPORTUNITAT PER AVANÇAR ENVERS LA TRANSFORMACIÓ DELS SERVEIS COMUNITARIS DE PROXIMITAT	149
Antonio José Muñoz Rico, Catalina Fernández Mas, Cristina Eva Clar Colom, Laura Morado Wunderlich i Omar Lamin Abeidi	
<hr/>	
AFECTEN L'AÏLLAMENT SOCIAL I LA SOLITUD A LES FUNCIONS COGNITIVES EN L'ENVELLIMENT?	167
Pilar Andrés Benito i Margalida Cardona Garí	
<hr/>	

VIURE EN COMPANYIA, UNA ALTERNATIVA D'HABITATGE DIGNE Coloma Reynés Cunill, Elia Riche Bonet i Thelma Cuéllar Beato	189
LA DIVERSITAT AFECTIVOSEXUAL A LES INSTITUCIONS Miquel Torres Vila	209
ANÀLISI DE LES DIFICULTATS IDIOMÀTIQUES EN L'ATENCIÓ INTEGRAL A PERSONES ESTRANGERES EN L'ENTORN RESIDENCIAL DE GENT GRAN Teresa Jáudenes Gual de Torrella, Francina Lerma Barceló i Marga Vives Barceló	221
EL SUÏCIDI ENTRE LA GENT GRAN. PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC, FACTORS DE RISC I PROTECCIÓ, I ESTRATÈGIES DE PREVENCIÓ Carmen Orte Socias, María Valero de Vicente i Lidia Sánchez-Prieto	241
VELLESA I PERSONES SENSE SOSTRE Biel Gelabert Noguera	263
QUAN LES SEPARACIONS I ELS DIVORCIS APAREIXEN EN UNA ETAPA AVANÇADA DE LA VIDA. ADAPTACIÓ A LA NOVA REALITAT VITAL Liberto Macías González i Marga Vives Barceló	277
LES PELVIS. FEMINISTES DE TOTA LA VIDA Victòria Morell Salom	293
LA TERCERA EDAT AL CINEMA ESPANYOL. ALGUNES NOTES PER AL SEU ESTUDI José Luis Castro de Paz i Héctor Paz Otero	305
NUTRICIÓ ADEQUADA A LA GENT GRAN Cristina Bouzas Velasco i Josep A. Tur Marí	321
PERSONES GRANS EN TRACTAMENT PER CONSUM DE DROGA I ADDICCIONS COMPORTAMENTALS A LES ILLES BALEARS Victòria Quesada Serra, María Valero de Vicente, Albert Moratinos Jaume, Sergi Canal Montiel i Xavier Bonet Felipe	339
GENT GRAN I ESPORT Ferran Dídac Lluch i Dubon	355
BENEFICIS QUE APORTA LA REALITZACIÓ D'EXERCICI FÍSIC MITJANÇANT L'ÚS DE VIDEOJOCs EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓ DE CAIGUDES EN PERSONES GRANS Marina Llaneras Gelabert	409
PERSONES GRANS I TIKTOK Marta Estrades Espigares	423

PRESENTACIONES

Fina Santiago Rodríguez

Consellera d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears

L'*Anuari de l'Envel·liment* —que arriba a la quinzena edició— va ser concebut com un dels principals projectes de transferència del coneixement i de promoció del debat en aquest àmbit. Creat a la UIB al llarg de 2008, la primera edició es va publicar justament aquell any, i des d'aleshores s'ha publicat anualment, fins a l'edició actual, que cobreix l'any 2022. El Govern vol continuar donant suport a aquest document col·lectiu que mostra una bona part de la intel·ligència col·lectiva en qüestions d'envelliment a les Illes Balears.

El nostre repte és poder acabar aquesta legislatura amb la necessària Llei de persones majors. Malgrat el temps dedicat a preparar la Llei que mereix Balears, encara no podem anunciar-ne la presentació. La tenim feta i acabada, però els procediments legislatius són llargs i requereixen molts processos de consulta detallada. Un dels articles d'aquest Anuari tracta, justament, sobre els *drets de les persones majors*.

El coneixement que se presenta a l'*Anuari* és indispensable per a una bona comprensió de les necessitats i de les pautes de comportament de la societat pel que fa a l'envelliment. També ho és per intervenir i corregir els problemes i les dificultats i mantenir l'atenció sobre les novetats que susciten les noves necessitats i el debat. Aquests dos darrers anys, per exemple, ens hem enfrontat amb una pandèmia per a la qual no teníem referents, i no sabem quins serien els reptes als quals ens hauríem d'encarar setmana a setmana. L'*Anuari* va incloure i segueix incloent experiències, reflexions i propostes. Els tres primers articles tracten diverses qüestions rellevants de la COVID, però també hi ha articles sobre situacions sociosanitàries relativament ocultes, com nutrició, suïcidi, consum de drogues i addiccions comportamentals.

La publicació d'aquestes dades, reflexions i propostes, és a la base mateixa del compromís polític del Govern de les Illes Balears d'intervenir activament en aquesta matèria i d'atendre els dèficits que s'assenyalen, i que es perceben amb l'anàlisi acurada que cada any fem a la Conselleria i que se completa amb l'*Anuari* i diversos àmbits de consulta.

Tenim una bona oferta de prestacions tècniques i econòmiques, des de les relatives a la denominada Llei de dependència fins als complements de les prestacions no contributives (PNC) derivades de la RESOGA. Diversos articles tracten sobre aquestes qüestions relatives a la implementació de la Llei 39/2006, d'atenció a la dependència a les Illes, com la millora de l'eficàcia del *procediment d'atenció a la dependència* a les Illes Balears.

Però tenim altres reptes. Ja sabem que les necessitats no es limiten, com es desprèn clarament del volum d'informació que es recull a l'*Anuari*, al llarg d'aquests anys, només a un problema d'equipaments adequats (residències i centres de dia), i cal millorar

l'oferta de programes (ajuda a domicili, telealarma, etc.). Completar i dimensionar adequadament l'oferta és una necessitat bàsica i s'ha de millorar segons les característiques de la demanda i els canvis socioculturals que vivim. Volem viure a les nostres cases, volem viure a espais amigables i acollidors. Un dels articles d'aquest *Anuari* tracta justament sobre *l'habitatge digne per a persones majors*; o sobre les situacions de *persones majors sense sostre*; però, també n'hi ha altres que aprofundeixen sobre aspectes fonamentals per a la convivència als equipaments, com *la diversitat afectivosexual o la integració idiomàtica a l'entorn residencial*.

A les illes, l'espai esdevé, com molts altres recursos, un bé molt escàs i l'ús intel·ligent per articular una xarxa d'equipaments, una xarxa de dotacions d'escala humana, propers als domicilis, ha de respondre als criteris i a la racionalitat de la planificació territorial que intenta per tots els mitjans anticipar-se als fenòmens i donar-hi una resposta adequada. En aquest sentit, hem desenvolupat acords amb les administracions territorials de tota la comunitat per aconseguir l'espai adient per a fer-hi espais residencials adequats.

Permeteu-me que aquest *Anuari* que present recordi els avenços destacats en tots aquests àmbits:

- Places residencials: més de 600 noves places ja incorporades a la Xarxa Pública d'Atenció a la Dependència i 885 en construcció o en procés administratiu.
- Centres de dia: de 168 usuaris el 2008 als 1.846. I nous centres de dia que hi afegiran 259 places.
- Servei d'Ajuda a Domicili: des de 2015 s'ha passat de 123 usuaris als 1.453.
- Prestacions econòmiques: més de 18 mil persones (7.770 en 2015) en situació de dependència reben una prestació econòmica. La nòmina supera els 4,3 milions d'euros mensuals.
- S'ha creat i consolidat el complement de les pensions no contributives, que afecta 7.425 persones majors de 65 anys.

Tanmateix, no es pot establir una correlació estricta entre les dotacions de places residencials, de programes o de prestacions i les necessitats de la població major. Cal entendre i atendre la diversificació dels modes de convivència, l'adequació ajustada d'aquestes dotacions en el territori, una oferta que escolti les demandes i dissuadeixi amb eficàcia una dependència excessiva de les polítiques públiques, a més de la sobrecàrrega de les famílies. En aquest sentit, el repte de l'autonomia, de l'envelliment actiu i saludable ens interpel·la a totes i tots. A l'*Anuari* 2022, diversos articles hi tracten

qüestions vinculades: l'esport, l'exercici físic, les xarxes socials (TikTok); a més de l'aïllament social i la solitud en relació amb les funcions cognitives en l'envelliment.

En definitiva, és aquest un volum molt recomanable, elaborat com els anteriors des de perspectives interdisciplinars, amb enfocaments de drets, socials, sanitaris, culturals i educatius. Una vegada més, vull agrair la feina de totes les persones que hi han participat. El resultat final és un conjunt de textos necessaris, però que també ens conviden a la reflexió, a l'actuació preventiva i a millorar la intervenció.

Sofia Alonso Bigler
*Consellera de Drets Socials del Consell de Mallorca i
presidenta de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials*

Des de fa quinze anys, la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la Universitat de les Illes Balears, amb la col·laboració de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, el Govern de les Illes Balears i Fundació Guillem Cifre Colonya, ha constatat, a través dels seus articles, programes i estudis que es reflecteixen en *l'Anuari de l'Envel·liment*, dades que evidencien el canvi que s'està produint en la societat actual i que ha deixat ben palès que l'etapa de l'envelliment no pot entendre's igual ara que fa unes dècades.

Vull dedicar les primeres paraules d'aquest pròleg a agrair la important i incansable tasca de divulgació ininterrompuda de la Càtedra durant tot aquest temps i a donar-li la més sincera enhorabona. Aprofit per encoratjar els qui en formau part a continuar amb la vostra feina, perquè feis una tasca imprescindible per a millorar la vida de la gent gran.

Per a les administracions públiques, i en concret per a l'IMAS, la transformació d'aquesta etapa de la vida és un repte al qual ens enfrontam dia a dia, sempre amb l'objectiu de garantir el benestar de les persones majors adultes i de donar suport a la continuïtat del seu projecte de vida. En definitiva, de facilitar a cada persona el que necessita i, sobretot, el que vol i desitja.

Per això, volem destacar que, per a poder aconseguir aquesta fita, és indispensable analitzar l'envelliment d'una manera transversal i comptar amb l'opinió dels i les professionals que treballen en aquest àmbit des de diferents sectors. En aquest context, *l'Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears* ha esdevingut una eina clau per a analitzar la vellesa des de diverses perspectives.

Per una banda, és important contemplar la vellesa des de distints punts de vista, com la manera amb què l'afronten les persones majors sense sostre, un fenomen de què parlem en un dels articles publicats per professionals de l'IMAS en aquesta edició. Igualment, com bé diuen els professionals de l'àrea d'Atenció Comunitària i Projectes Estratègics de l'IMAS en un altre dels articles, «ens trobem davant un repte demogràfic en què la piràmide poblacional està canviant i els desitjos de les persones són, cada cop, més expressats».

Reivindiquen, en aquesta línia, que «els serveis han de formar i ser part de la comunitat (...). S'han de dissenyar polítiques públiques per a fomentar el dret d'envellir en companyia, mitjançant l'eliminació o minimització de situacions de solitud no desitjada i d'aïllament, i a través d'un ventall de serveis que s'adaptin a la individualitat i als desitjos de cada una de les persones».

Així ens hem expressat cada any en els articles que hem publicant des de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials a les diferents edicions de l'*Anuari*. Hem refermat la nostra aposta per un model d'atenció centrat en la persona que s'allunyi de protocols generalitzats i que es fonamenti en una atenció basada en la voluntat de la persona. Ens hem centrat, també, a promoure models d'atenció que procurin l'atenció en l'entorn, i en la creació de serveis i programes que facilitin, en la mesura del possible, l'envelliment de la persona major dins el seu àmbit comunitari.

Hem analitzat temes tan importants com l'abús econòmic a la gent gran o el tipus d'agressions que es poden produir en centres residencials i els motius pels quals es produeixen, o com va néixer el programa de prioritat social que, amb més d'una dècada de funcionament, està més que afermat dins l'àrea d'Atenció Sociosanitària.

Des de l'IMAS, els distints professionals que, voluntària i desinteressadament, han participat -o millor dit, «hem participat», perquè per mi és un orgull haver format part d'algunes de les edicions-, hem volgut traslladar els nostres coneixements i la nostra experiència, i vosaltres heu estat el nostre altaveu i la plataforma per a transmetre molts dels projectes i programes que hem i estam desenvolupant.

Estam segurs que igual que nosaltres, la resta d'autors i autores tenen aquest sentit de la responsabilitat de deixar per escrit en els seus articles que esdevenen una eina per compartir coneixement, millorar la societat i, en concret, la part de la societat que es refereix a les persones majors.

En definitiva, l'*Anuari de l'envelliment. Illes Balears* ens ofereix, any rere any, una fidel radiografia de la situació de les persones majors al nostre arxipèlag i complementa, així, la informació que podem recaptar per altres vies o òrgans consultius com l'Observatori de Persones Majors que vàrem impulsar des de l'IMAS.

La dedicació, implicació i l'esforç per reflectir la realitat del que viu una part de la població cada vegada més nombrosa han convertit l'*Anuari de l'envelliment. Illes Balears* en un referent en l'àmbit dels serveis socials i, especialment, per a tots els qui treballam amb les persones majors. Enhorabona, de nou, a la Càtedra d'Atenció a la Dependència de la UIB per aquest 15 anys liderant la seva elaboració.

INTRODUCCIÓ

Direcció de l'Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears

Iniciarem aquesta publicació fa quinze anys amb diversos objectius, un dels quals és contribuir a la sensibilització de la societat de les Illes Balears en relació amb l'envelliment de la població i especialment sensibilitzar els qui tenen un paper important en el disseny i l'execució de les polítiques socials. Una tasca que hem pogut dur a terme gràcies a les aportacions generoses dels professionals i investigadors que ens han acompanyat durant tots aquests anys. I un lloc, la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, en la qual s'emmarca aquest anuari, com a espai de trobada de coneixements, de professionals i de la població general, ha permès incorporar i donar a conèixer la feina que duen a terme els professionals i investigadors de les Illes Balears.

Les dades sobre envelliment publicades per l'Institut Nacional d'Estadística (INE, 2022) mostren un augment continuat de la població d'edat avançada. També a les Illes Balears. En efecte, encara que a les Illes Balears les dades percentuals sobre la proporció de persones grans solen estar per sota de la mitjana estatal (respectivament, 16,57% i 20,09%) i de les comunitats autònomes més envellides, com Astúries (27,04%) (Indicadores de estructura de la població, INE, 2022), cal no perdre de vista que són elevades en si mateixes. Prou, sens dubte, com per apostar pel disseny de polítiques àmplies de llarg recorregut i gran abast en tots els àmbits de la societat. Ens referim a qüestions tant econòmiques com de salut, socials, ambientals, relacionals, etc.

L'edat mitjana de la població és de 44,1 anys, segons dades de l'INE de l'1 de gener de 2022, i l'augment de la proporció de persones grans ajuda a entendre i situar l'envelliment en un moment determinat i en perspectiva. Sobre aquest tema, segons les dades sobre l'índex de creixement i estructura de la població (INE, 2022), els percentatges d'envelliment per any indiquen un 132,69 el 2022, és a dir, 133 persones més grans de 64 anys per cada 100 persones més joves de 16 anys. Un creixement de gairebé 4 punts respecte a les dades aportades per aquesta mateixa font el 2021 i, sens dubte, un increment interanual molt important. Comparativament respecte al nombre de persones més grans de 65 anys a la Unió Europea, Espanya (9,3 milions) se situa entre els països més envellits, després d'Alemanya (18,1 milions), Itàlia (13,9 milions) i França (13,7 milions). Les dades sobre projecció de l'envelliment de l'INE 2022-2035 apunten en la mateixa direcció. El 2035 el percentatge de persones grans serà del 26,5% del total de la població o 12,8 milions de persones grans (Ramiro, 2022).

Amb tot, i tal com hem comentat en anteriors ocasions, l'augment continuat del nombre de persones grans sol enfocar-se des del punt de vista pressupostari. Es té en compte l'edat de jubilació, la cobertura de les pensions de jubilació (actualment en cobren 6.228.661 persones, segons les dades de la Seguretat Social) i la gestió dels recursos de salut, tenint en compte tant la percepció de salut com l'ús de recursos hospitalaris (més de la meitat de totes les estades en hospitals són de població gran (el 58,2% el 2020), segons les dades recollides per Ramiro a l'Informe envejecimiento en red (2022).

Sens dubte, la salut i les pensions de les persones grans en aquest cas són aspectes molt importants a tenir en compte per poder gestionar el present i el futur econòmic individual i col·lectiu. De totes maneres, i encara que s'insisteix menys en el valor econòmic de les aportacions de les persones grans, tant en situacions de dependència com pel que fa al voluntariat o suport familiar, tots aquests són aspectes que cal analitzar des d'una perspectiva més àmplia. Disposar de pensions de jubilació dignes i de serveis de salut adequats, sent una qüestió bàsica, no és suficient per conèixer la situació de l'envelliment de manera àmplia per donar resposta a problemàtiques importants com, per exemple, la solitud, cada vegada més freqüent en la nostra societat. L'envelliment d'avui i del futur, des del nostre punt de vista, ha de plantejar-se des del model de societat actual tenint en compte les estructures familiars actuals i les noves formes de vida, cada vegada amb més aïllament social. En aquest context és important tenir un mapa d'orientació que tingui en compte l'envelliment des del procés i la presa de decisions individuals i grupals. Disposar de residències per a situacions en les quals la persona gran potser necessita ajudes altament especialitzades pot ser una opció, igual que ho és el fet de viure acompanyat i alhora afavorir l'autonomia i la individualitat. Això requereix disposar de temps per pensar en el futur i avançar decisions, informació que les acompanyi i recursos disponibles per dur-ho a terme.

Al llarg d'aquests quinze anys que hem seguit la realitat de l'envelliment en primera línia de reflexió, juntament amb els professionals i investigadors que ens han acompanyat, hem anat construint un discurs de l'envelliment i del procés de vellesa centrat en la persona; en la realitat individual del procés de ser gran en un context cultural, social, econòmic, de salut, o un altre. La vellesa no és un moment més o menys llarg de la vida aliè a la infantesa, a l'adolescència o l'adultesa. És un procés individual en una societat determinada que requereix tenir en compte la suma d'esforços per aconseguir un model social just orientat al benestar de les persones grans. És per això que les diferents situacions que sorgeixen durant la vellesa, com pot ser la dependència vinculada a problemes de salut, la solitud no desitjada o fins i tot el suïcidi, necessiten un enfocament holístic on allò que és personal, allò que és cultural i allò que és social es tinguin en compte.

L'anuari d'aquest any 2022 aporta 22 capítols que reflecteixen el treball professional i investigador que es duu a terme a les Illes Balears a partir del qual s'analitza la realitat de l'envelliment amb diferents perspectives. Des que vam publicar el número u fins al número quinze, sempre hem tingut com a referent la multidisciplinarietat en l'enfocament de l'envelliment. També l'actualitat i la immediatesa en els continguts que s'aborden. L'anuari es construeix des d'aquí, des de la feina i la reflexió que dia a dia fan els professionals i investigadors des de diferents contextos professionals i organitzatius.

Al llarg de 22 capítols, 45 autors i autores recullen les seves aportacions sobre diferents temàtiques com l'impacte de la COVID-19 en les taxes de mortalitat i en la xarxa intergeneracional, les intoxicacions, el suïcidi o la solitud, la situació de la dependència des de diverses perspectives, el dret a tenir drets, la realitat dels divorcis i separacions, viure dignament en companyia o en residències abordant qüestions afectives, culturals i lingüístiques. En l'anuari també s'aborda la salut des de la prevenció pel que fa a l'alimentació i la nutrició i a l'activitat esportiva.

La vellesa no és un tema homogeni i, a més, es presenta amb diferències de gènere substancials que queden recollides en la visió actual de la vellesa després de l'esdevenir d'una vida dedicada a treballar a favor de les dones. El decurs de l'envelliment mostra situacions que s'han prologant durant molt de temps i que continuen en la vellesa. Des d'aquesta perspectiva, s'aporten dades sobre les persones grans consumidores de substàncies addictives i també sobre les persones grans que viuen en situació d'alta precarietat econòmica, de salut, de relacions i que no disposen d'habitatge, ni propi ni aliè. Tanquem l'anuari amb una picada d'ullet a l'actualitat de les xarxes a les quals també s'han incorporat les persones grans en major o menor mesura.

El nostre agraïment a tothom qui ens acompanya i ens ha acompanyat durant aquests quinze anys: institucions que hi donen i hi han donat suport econòmic, autors dels treballs presentats, equip de revisió lingüística de la Universitat i d'altres institucions, equip de muntatge i impressió de l'anuari, amigues i amics que ens acompanyen cada dia amb el seu ànim i suport per seguir endavant amb aquesta publicació.

Referències bibliogràfiques

Institut Nacional d'Estadística (INE). (2022). *Indicadores de estructura de la población*
<https://www.ine.es>

Ramiro, D. (dir.). (2022). Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. *Informes envejecimiento en red, núm. 29*: Septiembre <http://www.envejecimiento.csic.es>

**IMPACTE DE LA COVID-19 I DE LES
MESURES PER COMBATRE-LA EN LES
TAXES DE MORTALITAT DE LA POBLACIÓ DE
LES ILLES BALEARS**

Impacte de la COVID-19 i de les mesures per combatre-la en les taxes de mortalitat de la població de les Illes Balears

Myriam García-Olalla

Eliseo Navarro Arribas

Pilar Requena Cabezuelo

Resum

En aquest treball s'analitza l'impacte de la COVID-19 en les taxes de mortalitat de la població resident a les Illes Balears l'any 2020. Per a això, s'apliquen tècniques actuàries de «graduació» que permeten eliminar part de l'aleatorietat d'un fenomen com és la mortalitat per obtenir estimacions de les taxes de mortalitat edat per edat (des d'1 fins a 99 anys). A diferència d'altres estudis, aquest treball se centra en les taxes de mortalitat i no en el nombre de morts, cosa que proporciona una imatge diferent de les conseqüències de la pandèmia en la població. D'aquesta manera, les ràtios de les taxes de mortalitat dels períodes 2020 i 2018-2019 posen de manifest com la COVID-19 ha impactat de manera molt diferent en els diferents trams d'edat i en les poblacions masculina i femenina. D'altra banda, els resultats obtinguts mostren alguns patrons comuns en el comportament de la mortalitat balear i de l'espanyola durant l'any 2020, com ha estat la important disminució relativa de la mortalitat de nens i adolescents o el sever increment relatiu de la mortalitat en la població femenina entre 30 i 40 anys, superior al 15%. Però també ha de destacar-se que, exceptuant el grup de dones entre 30 i 40 anys, l'impacte de la COVID-19 en les taxes de mortalitat de la població balear durant 2020 ha estat notablement inferior al del conjunt de la població espanyola, especialment en la població de més edat.

Resumen

En este trabajo se procede a analizar el impacto del COVID-19 en las tasas de mortalidad de la población residente de las Islas Baleares en el año 2020. Para ello, se aplican técnicas actuariales de "graduación" que permiten eliminar parte de la aleatoriedad de un fenómeno como es la mortalidad para obtener estimaciones de las tasas de mortalidad edad por edad (desde 1 hasta 99 años). A diferencia de otros estudios, este trabajo se centra en las tasas de mortalidad y no en el número de fallecidos lo que proporciona una imagen diferente de las consecuencias de la pandemia en la población. De esta forma, las ratios de las tasas de mortalidad de los periodos 2020 y 2018-19 ponen de manifiesto como el COVID-19 ha impactado de manera muy diferente en los distintos tramos de edad y en las poblaciones masculina y femenina. Por otra parte, los resultados obtenidos muestran algunos patrones comunes en el comportamiento de la mortalidad balear y de la española durante el año 2020, como ha sido la importante disminución relativa de la mortalidad de niños y adolescentes o el severo incremento relativo de la mortalidad en la población femenina entre los 30 y 40 años, superior al 15%. Pero también debe destacarse que, exceptuando al grupo de mujeres entre los 30 y los 40 años, el impacto del COVID en las tasas de mortalidad de la población balear durante 2020 ha sido notablemente inferior al del conjunto de la población española, en especial, en la población de mayor edad.

1. Introducció

És ben conegut que la irrupció de la pandèmia ha suposat un canvi brusc en el patró de descens continuat de les taxes de mortalitat tant a les Illes Balears com en el conjunt d'Espanya,¹ tendència que havia situat l'esperança de vida de totes dues poblacions entre les més altes del món.

Des d'aquesta situació de partida, en aquest treball es pretén, d'una banda, descriure i quantificar quin ha estat l'impacte de la COVID-19 i de les mesures que es van adoptar per combatre la malaltia en la mortalitat de la població de les Illes Balears durant l'any 2020. I, d'altra banda, es procedirà a comparar el que ha ocorregut a les Illes Balears amb el que ha passat en la població general d'Espanya, tractant de detectar pautes diferenciades tant qualitativament com quantitativament.

Són molts els estudis que s'han realitzat per tractar d'analitzar les conseqüències de la COVID-19 en la mortalitat de diferents col·lectius, estudis centrats en l'increment / el decrement del nombre de morts durant l'any 2020 en relació amb el que caldria esperar en una situació pre-pandèmica. No obstant això, l'element distintiu d'aquest treball és que posa èmfasi en l'impacte de la pandèmia en les taxes de mortalitat de l'any 2020. Encara més, la metodologia que s'aplicarà permet dur a terme una anàlisi detallada per edats (edat a edat des d'1 fins a 99 anys) de les taxes de mortalitat.

Posar el focus de l'anàlisi en les taxes de mortalitat en lloc del nombre de morts permet veure d'una manera diferent per a quins trams d'edats de la població ha estat més intensa la incidència de la sobremortalitat/inframortalitat ocasionada tant per la COVID-19 com per les mesures adoptades per frenar-ne les conseqüències. En aquest sentit, han de tenir-se en compte les enormes diferències entre les taxes de mortalitat en funció de l'edat i el sexe dels individus. Així, si algun esdeveniment causés que totes les taxes de mortalitat es dobles i afectessin, per tant, amb la mateixa intensitat tota la població, l'impacte en el nombre de morts seria més gran per a aquells col·lectius que partissin d'una taxa de mortalitat elevada, com ara les persones grans, encara que la intensitat de l'esdeveniment hagués estat, tal com assenyalem, la mateixa per a tots els individus. És precisament aquest enfocament que posa l'èmfasi en l'impacte relatiu sobre les taxes de mortalitat, el que intentem fer ressaltar en aquest treball.

1. Vegeu, sobre aquest tema, Lluch, F. D. (2017)

Per aconseguir el nostre objectiu s'utilitzarà una metodologia desenvolupada en l'àmbit de les ciències actuàries denominada «graduació de la corba de mortalitat»,² que permet estimar les taxes de mortalitat eliminant el que podríem denominar com l'aleatorietat pròpia d'un fenomen estocàstic com és la mortalitat. En concret, es parteix de la idea que les taxes de mortalitat són una funció suavitzada de l'edat, és a dir, que la taxa de mortalitat d'un individu amb 40 anys no pot ser molt diferent de la taxa de mortalitat amb 40 anys i un mes. El gran avantatge d'aquesta metodologia és que permetrà disposar d'estimacions de les taxes de mortalitat edat a edat, en particular des de l'edat d'1 anys fins a 99 anys (les taxes de mortalitat corresponents al primer any de vida (edat 0), donades les seves peculiaritats, no s'han tingut en compte en aquest treball, que se centra fonamentalment en les edats més avançades, encara que contingui comentaris relatius a totes les edats).

Un problema que sorgeix de cara a procedir a l'estimació de les taxes de mortalitat per a una edat concreta és que quan el col·lectiu és relativament reduït (per exemple, els nins o nines amb una determinada edat), el nombre de morts durant el període d'anàlisi pot ser zero. De fet, aquest cas es dona amb molta freqüència en persones amb menys de 30 anys en una població de la dimensió de la de les Illes Balears. Per resoldre aquesta qüestió i tractar de disposar d'estimacions de la probabilitat de defunció per a cada edat, s'ha partit del supòsit que les taxes de mortalitat (en termes logarítmics) de la població de les Illes Balears de menys de 30 anys en les dones i de menys de 20 anys en els homes poden estimar-se com una translació lineal de les corresponents al conjunt de la població espanyola. Per aquest motiu, ha de posar-se de manifest la limitació d'alguns aspectes qualitius dels resultats que s'obtinguin per a aquests trams d'edat, sobretot en comparar-los amb la població espanyola. Això no és obstacle perquè siguin rellevants els resultats en termes quantitius (augmentos o disminucions de les taxes de mortalitat o més/menys impacte de la COVID-19 en relació amb la població espanyola) per al conjunt d'aquests trams d'edat.

Una cosa similar pot dir-se de les taxes de mortalitat corresponents a les edats més avançades (superiors a 95 anys), trams en els quals les dades de mortalitat són molt volàtils i difícils de recol·lectar.

2. Metodologia

La metodologia que se seguirà en aquest estudi està basada en el treball de Navarro i Requena (2022), en el qual s'analiza l'impacte de la COVID-19 en les taxes de mortalitat de la població espanyola per a l'any 2020. A partir de les dades de les xifres de població i de defuncions del Moviment Natural de la Població de les Illes Balears,

2. Per a una anàlisi de les tècniques de graduació de les corbes de mortalitat vegeu, entre d'altres: Helligman, L. i Pollard, J. H. (1980); Forfar, D. O., McCutcheon, J.J. i Wilkie, A. D. (1988); McCutcheon, J. J. (1985), Pitacco, E., Denuit, M., Haberman, S. i Olivieri, A. (2009).

publicades per l'Institut Nacional d'Estadística, es procedeix a l'estimació de les taxes brutes de mortalitat corresponents al període 2018-2019, edat a edat, distingint entre homes i dones.

El pas següent és l'estimació de les taxes brutes de mortalitat per al període 2020. Tal com indiquen Navarro i Requena (2022), hi ha dues alternatives per comparar les taxes de mortalitat dels períodes 2018-2019 i 2020. La primera opció seria dur a terme una estimació de les taxes de mortalitat esperades per a 2020 a partir de l'aplicació d'algun model dinàmic de mortalitat. La segona opció, que és la que finalment s'ha triat, consisteix a comparar directament les taxes de mortalitat de tots dos períodes. Entenem que l'aplicació de models dinàmics per estimar les taxes de mortalitat esperades per a l'any 2020 en cas de no haver-hi pandèmia, podria introduir errors d'especificació de model que podrien condicionar seriosament els resultats. D'altra banda, i atès que les dades del període previ a la pandèmia són molt pròximes a l'inici d'aquesta, la possible sobreestimació de l'increment no esperat en les taxes de mortalitat ocasionada per la COVID-19 és molt reduïda. A més, per comparar els resultats de la població balear amb l'espanyola s'ha de seguir la mateixa metodologia que l'emprada per al conjunt d'Espanya.

El primer pas per a l'estimació de les taxes de mortalitat és calcular l'exposició inicial al risc que denotarem per E_x^{18-19} i E_x^{20} , i que es defineix com el temps potencialment viscut per la població resident balear amb edat x (darrer aniversari) durant els períodes 2018-2019 i 2020 respectivament. Sota la hipòtesi que les defuncions dels individus es distribueixen uniformement, observem que:

$$E_x^{18-19} \approx [0,25 \cdot P_x^{01.01.18} + 0,5 \cdot P_x^{01.07.18} + 0,5 \cdot P_x^{01.01.19} + 0,5 \cdot P_x^{01.07.19} + 0,25 \cdot P_x^{01.01.20}] + 0,5 \cdot [\theta_x^{18} + \theta_x^{19}] \quad (1)$$

per a $x = 1, 2, \dots, 99$; i cal tenir en compte que:

P_x^t representa la població amb edat x (darrer aniversari) a t .

θ_x^y és el nombre de morts amb edat x (darrer aniversari) durant l'any y .

De la mateixa manera, per al període 2020 l'exposició inicial al risc és causada per:

$$E_x^{20} \approx [0,25 \cdot P_x^{01.01.20} + 0,5 \cdot P_x^{01.07.20} + 0,25 \cdot P_x^{01.01.21}] + 0,5 \cdot [\theta_x^{20}] \quad (2)$$

per a $x = 1, \dots, 99$; i les variables es defineixen com en el cas anterior.

Per a l'edat $x = 0$, l'exposició al risc per als períodes 2018-2019 i 2020 és calculada per:

$$E_0^{18-19} \approx [0,25 \cdot P_0^{01.01.18} + 0,5 \cdot P_0^{01.07.18} + 0,5 \cdot P_0^{01.01.19} + 0,5 \cdot P_0^{01.07.19} + 0,25 \cdot P_0^{01.01.20}] + 0,86 \cdot [\theta_0^{18} + \theta_0^{19}] \quad (3)$$

$$i, E_0^{20} \approx [0,25 \cdot P_0^{01.01.20} + 0,5 \cdot P_0^{01.07.20} + 0,25 \cdot P_0^{01.01.21}] + 0,86 \cdot [\theta_0^{20}] \quad (4)$$

atesa la concentració de defuncions durant el primer any de vida en els dies posteriors al naixement.³

En aquest treball s'utilitza la hipòtesi habitual que el nombre d'individus morts amb edat x (darrer aniversari) durant el bienni 2018-2019 i durant l'any 2020, són dues variables aleatòries que segueixen una distribució binomial. Al seu torn, aquesta hipòtesi implica que la supervivència o mort d'un individu és independent de la supervivència o mort de la resta de membres del col·lectiu estudiat. En particular, suposarem que:

$$\theta_x^{18-19} \sim B(E_x^{18-19}, q_x^{18-19}) \quad (5)$$

i que:

$$\theta_x^{20} \sim B(E_x^{20}, q_x^{20}) \quad (6)$$

on q_x^{18-19} i q_x^{20} representen, respectivament, les probabilitats de morir durant 2018-2019 i 2020 d'un individu amb edat exacta x , abans d'assolir l'edat $x+1$. Aquestes probabilitats són desconegudes.

A partir de la hipòtesi sobre la distribució binomial, immediatament es comprova que

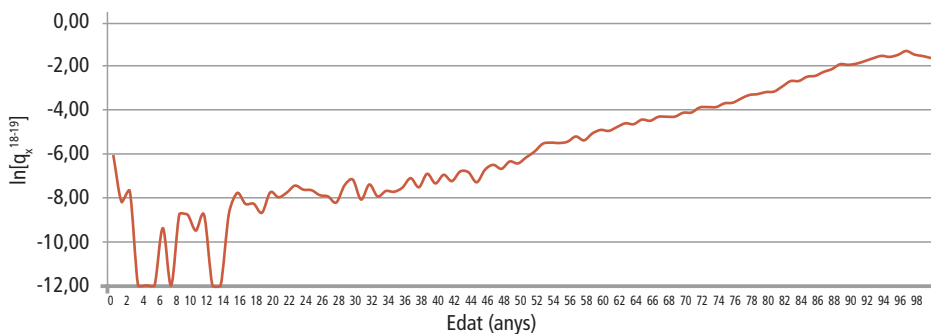
$$\hat{q}_x^{18-19} = \frac{\theta_x^{18-19}}{E_x^{18-19}} \quad \text{y} \quad \hat{q}_x^{20} = \frac{\theta_x^{20}}{E_x^{20}} \quad (7)$$

$$\text{on } \theta_x^{18-19} = \theta_x^{18} + \theta_x^{19}.$$

A \hat{q}_x^{18-19} i \hat{q}_x^{20} els denominarem «taxes brutes de mortalitat». El logaritme neperià de la taxa bruta de mortalitat per al període 2018-2019, és a dir, $\text{Ln } \hat{q}_x^{18-19}$, es representa a la figura 1 per a la població balear masculina, i a la figura 2 per a la població femenina. La representació de $\text{Ln } \hat{q}_x^{20}$ per a les poblacions masculina i femenina està continguda, respectivament, a les figures 3 i 4.

3. La dada 0,86 s'ha extret de la Human Mortality Database per a la població espanyola.

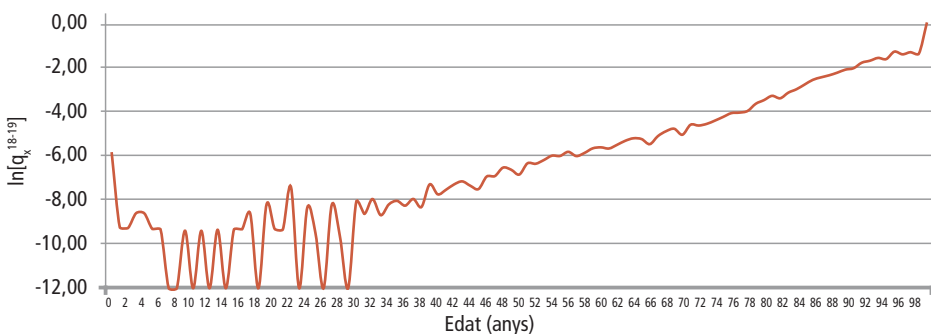
Gràfic 1 | *Logaritme neperià de les taxes brutes de mortalitat. Illes Balears. Població masculina. 2018-2019*



Font: Elaboració pròpia.

Quan la taxa bruta de mortalitat és zero, a l'efecte de representació gràfica, al logaritme neperià d'aquesta taxa se li ha adjudicat un valor de -12,00.

Gràfic 2 | *Logaritme neperià de les taxes brutes de mortalitat. Illes Balears. Població femenina. 2018-2019*



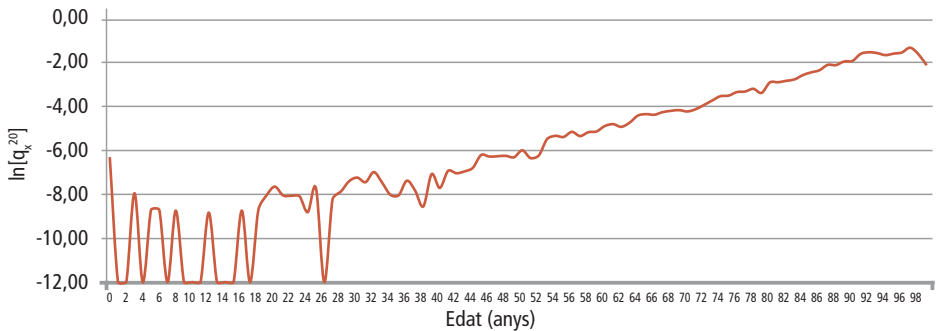
Font: Elaboració pròpia.

Apartir de la hipòtesi anterior, és possible construir intervals de confiança⁴ per als veritables valors de q_x . Encara que a vegades per a la construcció d'aquests intervals de confiança es pot assumir, en virtut del teorema central del límit, que el nombre de defuncions durant el període d'exposició es distribueix aproximadament com una normal, aquesta

4. Vegeu, sobre aquest tema, Forfar et al. (1988) i Navarro (1991).

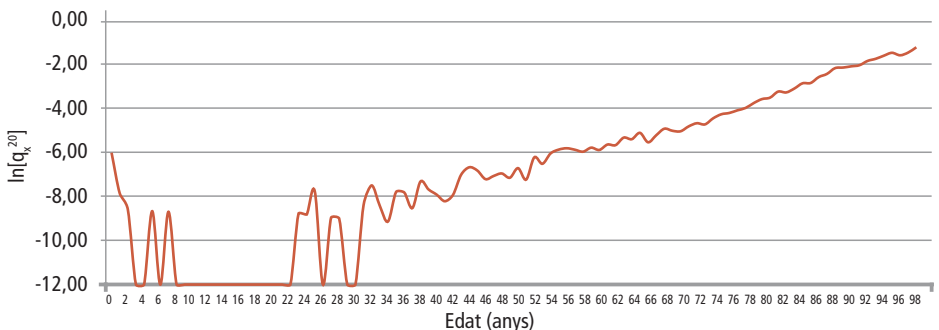
hipòtesi no és acceptable quan el nombre de defuncions és reduït, per la qual cosa, finalment, els intervals de confiança s'han establert a partir de la hipòtesi que el nombre de morts es distribueix segons una binomial seguint el que s'indica a Forfar et al. (1988). El pas següent per analitzar l'impacte de la pandèmia de COVID-19 sobre la mortalitat és procedir a la graduació de les taxes de mortalitat. Recordem que el terme «graduació» es refereix a un «procediment d'ajust aplicat a un conjunt d'estimacions amb l'objectiu d'obtenir valors ajustats amb una estructura raonable i que, en particular, no exhibeixi un comportament erràtic» (Pitacco et al., 2009). Per això, seguirem els treballs de Forfar et al. (1988) i McCutcheon (1985).

Gràfic 3 | *Logaritme neperià de les taxes brutes de mortalitat. Illes Balears. Població masculina. 2020*



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 4 | *Logaritme neperià de les taxes brutes de mortalitat. Illes Balears. Població femenina. 2020*



Font: Elaboració pròpia.

En particular, s'aplicaran splines cúbics⁵ al logaritme de les taxes de mortalitat. No obstant això, l'aplicació d'aquesta metodologia planteja el problema que són moltes les edats, a causa de la reduïda població de les Illes Balears, en les quals no hi ha hagut defuncions durant els períodes d'observació i, per tant, les taxes brutes de mortalitat són iguals a zero. Això pot observar-se a les figures de l'1 a la 4, en què es veu clarament que el nombre de taxes brutes de mortalitat iguals a zero és molt elevat. Aquest punt és especialment greu en el segon període estudiat, l'any 2020, i més agut encara en cas de la població femenina, si bé es pot veure que està concentrat en les edats inferiors a 30 anys. Per mirar de solucionar aquesta qüestió s'ha procedit a reestimar les taxes de mortalitat de la població de les Illes Balears per a aquestes edats, suposant que, només en aquest tram, les taxes de mortalitat de les Illes Balears poden estimar-se com una translació lineal del logaritme neperià de les taxes de mortalitat espanyoles.⁶ És a dir:

$$\ln(q_x^{IB}) = \alpha + \beta \cdot \ln(q_x^E) \quad ; \quad \alpha, \beta \in \mathbb{R} \quad (8)$$

on q_x^{IB} són les taxes de mortalitat de les Illes Balears, i q_x^E són les taxes de mortalitat d'Espanya. Els paràmetres d'aquest model són estimats per màxima versemblança a partir de les taxes de mortalitat graduades corresponents a la població espanyola contingudes a Navarro i Requena (2022).

Així, sota la hipòtesi que el nombre de morts durant el període d'observació segueix una distribució binomial segons l'equació (5), el logaritme de la funció de màxima versemblança és:

$$\begin{aligned} \ln[L(\alpha, \beta; E_x, \theta_s)] &= \\ &= \sum_{x=x_0}^{x_f} \theta_x \cdot [\alpha + \beta \cdot \ln(q_x^E)] + (E_x - \theta_x) \cdot [\ln(1 - \exp(\alpha + \beta \cdot \ln(q_x^E)))] \\ &+ C \end{aligned} \quad (9)$$

Tant x_0 com x_f representen l'edat inicial i el final del tram de la corba de mortalitat que s'ha utilitzat per estimar els paràmetres α i β del model anterior (8). Els resultats obtinguts han estat els assenyalats en la taula 1.

5. Per a una descripció més detallada de l'aplicació de les funcions splines per a la graduació de les taxes de mortalitat, vegeu Navarro i Requena (2022).

6. Aquesta metodologia ja va ser aplicada per construir les taules de mortalitat de les províncies de la Comunitat Valenciana a Navarro et al. (1995).

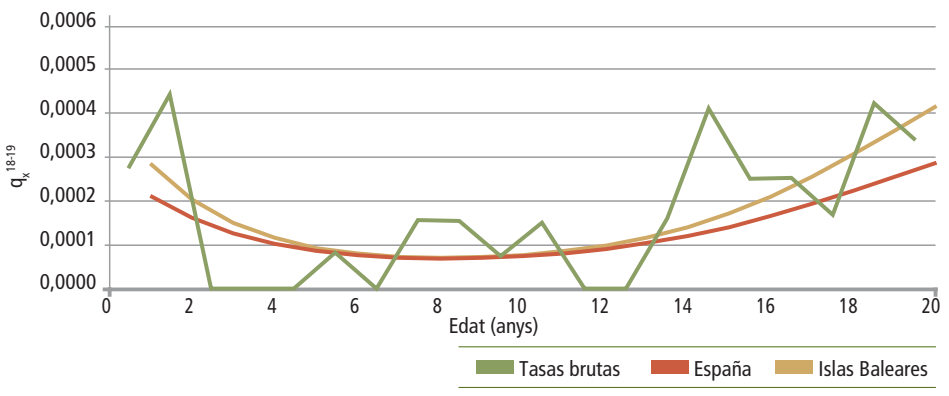
Taula 1 | *Estimació de les taxes de mortalitat de les Illes Balears en el tram inicial de la corba de mortalitat a partir de les taxes de mortalitat graduades de la població espanyola*

	Població masculina		Població femenina	
	2018-2019	2020	2018-2019	2020
x_0	1	1	1	1
x_f	20	32	32	32
$\hat{\alpha}$	2,324775	-0,307413	-0,090713	5,398897
$\hat{\beta}$	1,238784	0,983173	0,994586	1,64201435

Font: Elaboració pròpia.

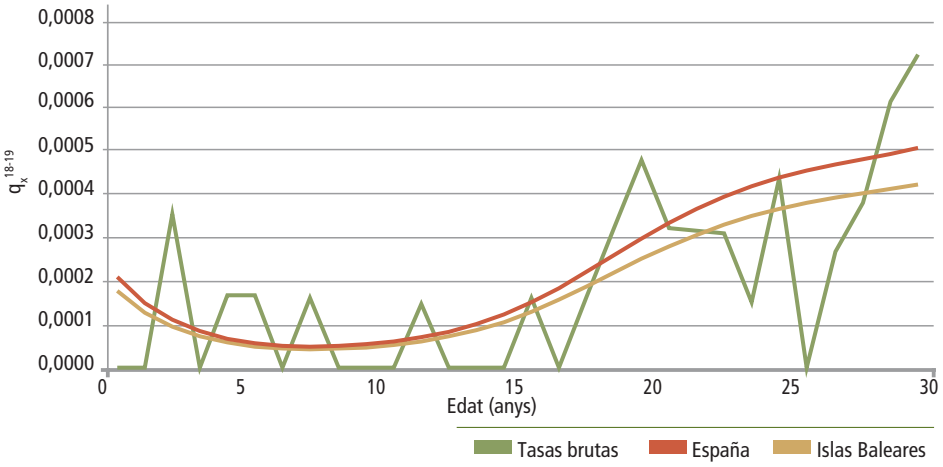
Ha d'assenyalar-se que, encara que les estimacions dels paràmetres α i β s'han fet amb les dades descrites en la taula 1 (des de x_0 fins a x_f , tots dos inclusivament), en la graduació global de la corba de mortalitat només s'han substituït les dades entre x_0 i $(x_f - 2)$ per evitar la substitució de dades al voltant de x_f que podria estar condicionat per alguna oscil·lació extrema de les taxes brutes de mortalitat en aquest tram de la corba.

Gràfic 5a | *Taxes de mortalitat brutes de les Illes Balears en el primer tram d'edat, taxes de mortalitat graduades a Espanya i taxes de mortalitat de les Illes Balears estimades suposant una translació lineal de les taxes graduades espanyoles. Població masculina 2018-2019*



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 5b | Taxes de mortalitat brutes de les Illes Balears en el primer tram d'edat, taxes de mortalitat graduades a Espanya i taxes de mortalitat de les Illes Balears estimades suposant una translació lineal de les taxes graduades espanyoles. Població masculina 2020



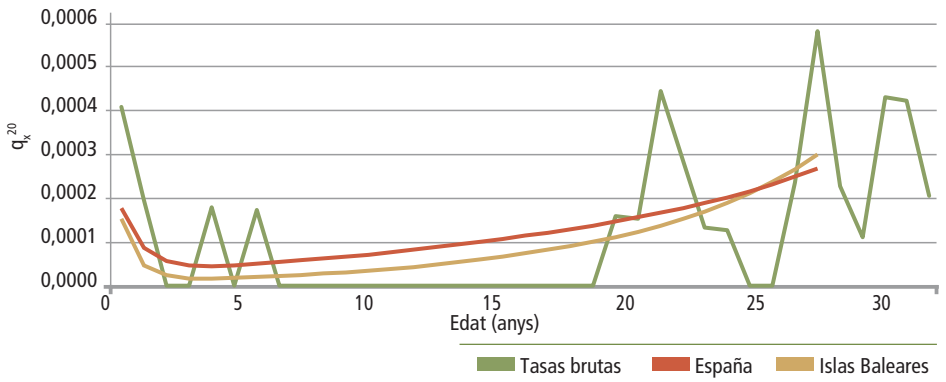
Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 6a | Taxes de mortalitat brutes de les Illes Balears en el primer tram d'edat, taxes de mortalitat graduades a Espanya i taxes de mortalitat de les Illes Balears estimades suposant una translació lineal de les taxes graduades espanyoles. 2018-2019



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 6b | Taxes de mortalitat brutes de les Illes Balears en el primer tram d'edat, taxes de mortalitat graduades a Espanya i taxes de mortalitat de les Illes Balears estimades suposant una translació lineal de les taxes graduades espanyoles. 2020



Font: Elaboració pròpia.

La substitució de les taxes brutes de mortalitat de les Illes Balears en edats joves per les seves estimacions de màxima versemblança, a partir de les dades de la població espanyola, pot condicionar la graduació de les taxes de mortalitat, però recordeu que l'estudi pretén centrar-se en trams d'edat més avançats, trams en els quals es continuaran utilitzant les taxes brutes de mortalitat extretes directament de les bases de dades originals. Per tot això, els resultats corresponents a edats més joves han de prendre's amb molta cautela a causa del baix nombre de defuncions en algunes de les edats de la població de les Illes Balears, la qual cosa pot causar fortes fluctuacions en les taxes brutes de mortalitat d'un període a un altre, encara que la metodologia emprada tracta precisament de mitigar aquest fenomen.

En qualsevol cas, un fenomen que sí que pot observar-se ja en aquestes figures és que la COVID-19 ha ocasionat una caiguda relativa molt important en les taxes de mortalitat dels trams d'edats més joves, i que aquesta caiguda ha estat superior en el cas de la població balear en comparació amb el conjunt de la població espanyola.

El pas següent consisteix a procedir a la graduació de les taxes de mortalitat de manera similar a la desenvolupada a Navarro i Requena (2022). En aquest treball s'apliquen splines cúbics amb vuit nusos interns equidistants els paràmetres dels quals són estimats per mínims quadrats ordinaris.

En concret, les funcions splines cúbiques utilitzades en aquest article poden representar-se com a:

$$s(x) = \sum_{j=0}^3 \alpha_j \cdot x^j + \sum_{h=1}^m \beta_h \cdot [(x - \xi_h)_+]^3 \quad (10)$$

α_j i β_h representen els coeficients de la combinació lineal de la base, i per a cada spline específic són únics, en què $(x - \xi_h)_+ = \text{Màx.}\{x - \xi_h, 0\}$ per a $h = 1, 2, \dots, 8$; en què ξ_h és la posició de cadascun dels nusos interns de la funció spline. Els resultats de l'ajust han estat recollits en les taules 2 i 3 per als períodes estudiats 2018-2019 i 2020 respectivament.

Taula 2 | *Paràmetres estimats de les funcions spline utilitzades per a la graduació de les taxes de mortalitat 2018-2019. Illes Balears*

j/h	Població masculina			Població femenina		
	α_{j-1}	ξ_h	β_h	α_{j-1}	ξ_h	β_h
1	-7,773670	6,25	-0,002500	-8,221922	6,25	0,002197
2	-0,399693	18,75	0,001872	-0,557657	18,75	0,000818
3	0,012421	31,25	-0,000608	0,066835	31,25	-0,000368
4	0,001175	43,75	-0,000101	-0,002753	43,75	0,000025
5		56,25	0,000270		56,25	0,000242
6		68,75	-0,000068		68,75	-0,000225
7		81,25	-0,000312		81,25	-0,000079
8		93,75	-0,001103		93,75	-0,001190

Font: Elaboració pròpia.

Taula 3 | *Paràmetres estimats de les funcions splines utilitzades per a la graduació de les taxes de mortalitat 2020. Illes Balears*

j/h	Població masculina			Població femenina		
	α_{j-1}	ξ_h	β_h	α_{j-1}	ξ_h	β_h
1	-8,310464	6,25	-0,003678	-7,035292	6,25	0,018711
2	-0,307044	18,75	0,001747	-2,088493	18,75	-0,000008
3	-0,007648	31,25	-0,000365	0,351617	31,25	0,000165
4	0,002351	43,75	-0,000284	-0,018735	43,75	-0,000320
5		56,25	0,000391		56,25	0,000379

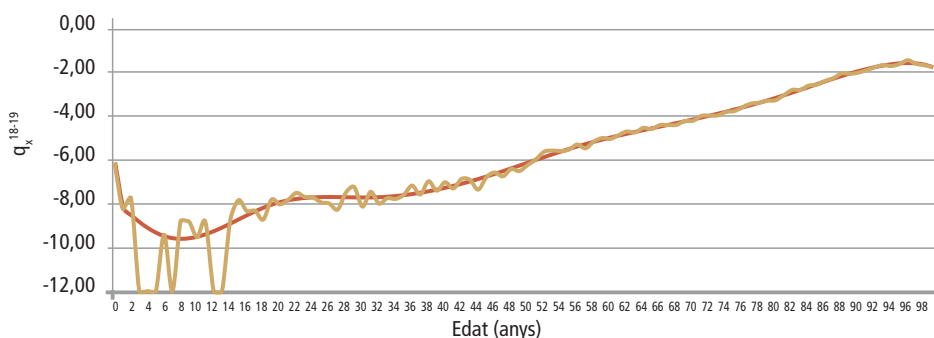
continua

j/h	α_{j-1}	μ_h	β_h	α_{j-1}	μ_h	β_h
6		68,75	-0,000197		68,75	-0,000256
7		81,25	-0,000085		81,25	-0,000139
8		93,75	-0,005525		93,75	0,001629

Font: Elaboració pròpia.

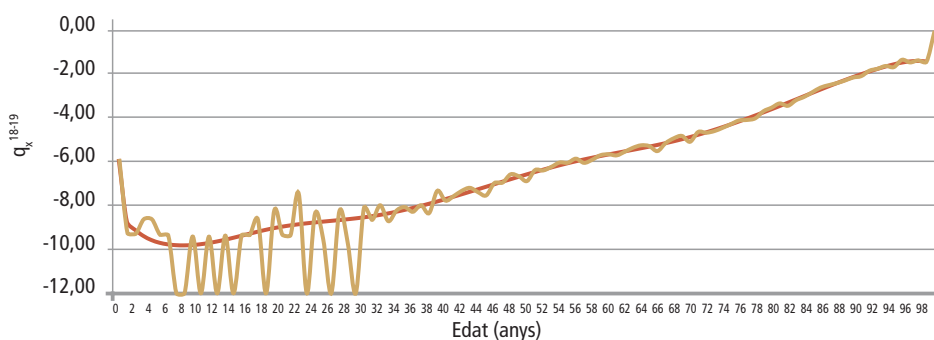
De la figura 7 a la 10 s'han representat les taxes de mortalitat graduades (línia contínua) al costat de les taxes brutes de mortalitat (punts) per a cadascun dels dos períodes estudiats, per a la població masculina i femenina de les Illes Balears.

Gràfic 7 | Taxes de mortalitat brutes i graduades de la població masculina. Illes Balears. 2018-2019



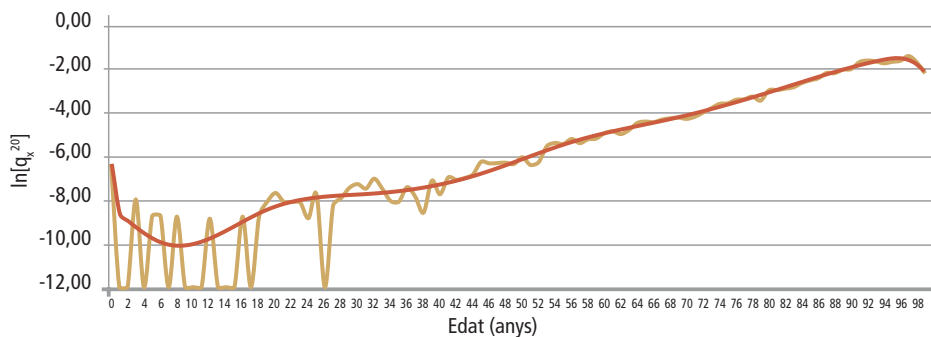
Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 8 | Taxes de mortalitat brutes i graduades de la població femenina. Illes Balears. 2018-2019



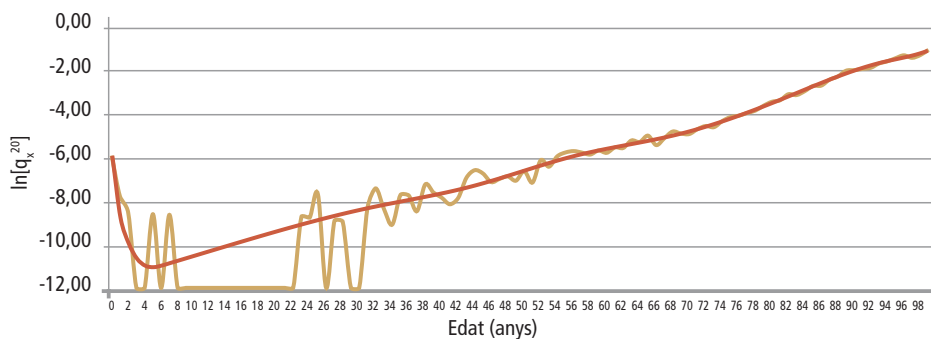
Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 9 | Taxes de mortalitat brutes i graduades de la població masculina. Illes Balears. 2020



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 10 | Taxes de mortalitat brutes i graduades de la població femenina. Illes Balears. 2020



Font: Elaboració pròpia.

La qualitat de cadascun dels ajusts realitzats s'ha mesurat mitjançant diferents tests⁷ que donen resultats molt satisfactoris (vegeu les taules 4 i 5). Entre els tests no paramètrics aplicats tenim el test de signes i el test de ratxes, que posen de manifest que no és possible descartar que els errors es distribueixin aleatòriament. S'han construït, també, intervals de confiança per al veritable valor de les taxes de mortalitat amb un nivell de confiança del 95%, i no s'ha observat un nombre significativament alt de desviacions. Aquests intervals de confiança, juntament amb les taxes de mortalitat graduades,

7. Per a una descripció d'aquests tests: Navarro (1991).

han estat representats en les figures 11 i 12. Tal com pot analitzar-se, els intervals de confiança són molt més amplis per al període 2020 que per al 2018-2019, a causa d'una exposició més gran al risc durant el període 2020.

Taula 4 | *Tests de graduació de la població de les Illes Balears. Període 2018-2019*

	Població masculina	Població femenina
Desviacions fora de l'interval de confiança al 95% ^(a) ($1 \leq x \leq 99$)	2	4
Test de signes ($d_x > E_x \cdot q_x$; $30 \leq x \leq 99$)	33	40
Test de ratxes (nombre de canvis de signe) ($30 \leq x \leq 99$)	42	40

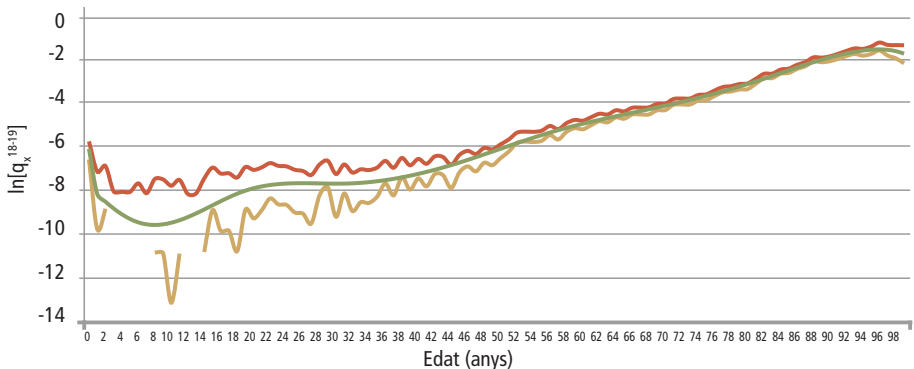
^(a) Nombre d'observacions = 99; * Significatiu al 95%; ** Significatiu al 99%.

Taula 5 | *Tests de graduació de la població de les Illes Balears. Període 2020*

	Població masculina	Població femenina
Desviacions fora de l'interval de confiança al 95% ^(a) ($1 \leq x \leq 99$)	2	2
Test de signes ($d_x > E_x \cdot q_x$; $30 \leq x \leq 99$)	41	34
Test de ratxes (nombre de canvis de signe)	28	32

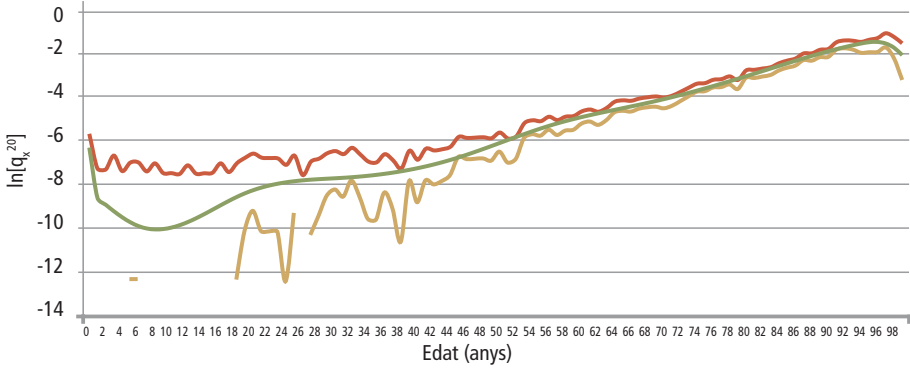
^(a) Nombre d'observacions = 99; * Significatiu al 95%; ** Significatiu al 99%.

Gràfic 11a | *Intervals de confiança per a les taxes brutes de mortalitat i taxes de mortalitat graduades. Illes Balears. Població masculina. 2018-2019*



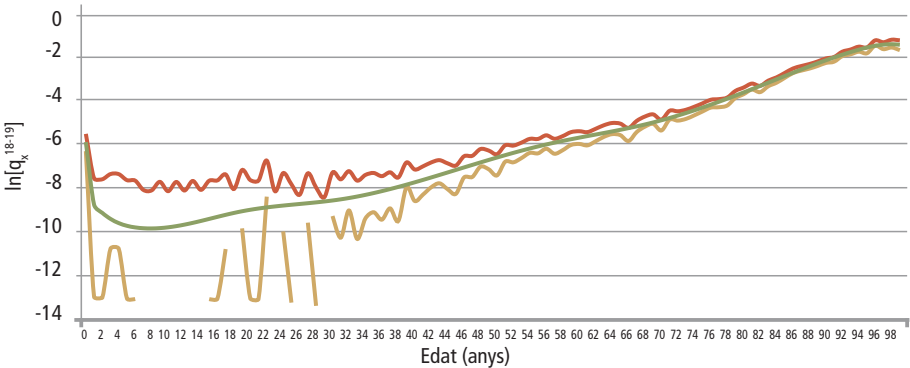
Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 11b | *Intervals de confiança per a les taxes brutes de mortalitat i taxes de mortalitat graduades. Illes Balears. Població masculina. 2020*



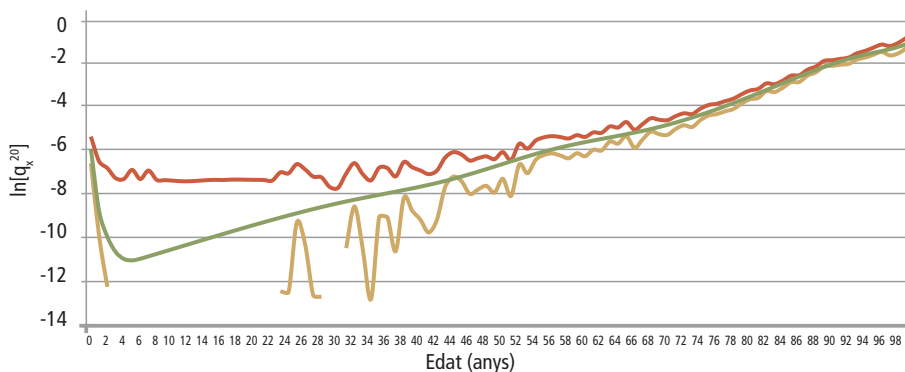
Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 12a | *Intervals de confiança per a les taxes brutes de mortalitat i taxes de mortalitat graduades. Illes Balears. Població femenina. 2018-2019*



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 12b | *Intervals de confiança per a les taxes brutes de mortalitat i taxes de mortalitat graduades. Illes Balears. Població femenina. 2020*



Font: Elaboració pròpia.

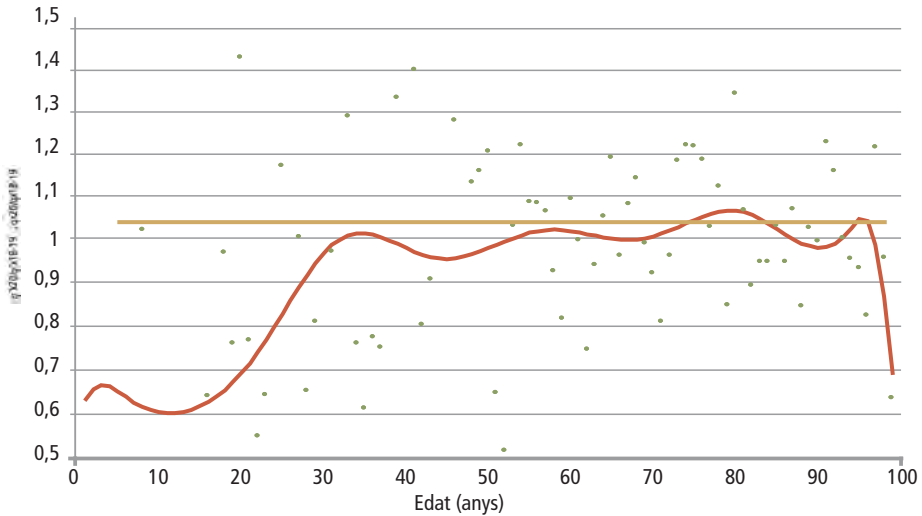
3. Impacte de la COVID-19 en la població de les Illes Balears

Per mesurar l'impacte relatiu de la COVID-19 sobre les taxes de mortalitat es calcula la ràtio entre les taxes de mortalitat del període 2020 i les del període 2018-2019. Si la ràtio és superior a 1, és perquè hi ha hagut un increment relatiu de les taxes de mortalitat de 2020 en relació amb les del període anterior, i viceversa, quan la ràtio és inferior a la unitat. Les figures 13 i 14 mostren aquestes ràtios per a la població masculina i femenina balear, respectivament. En cada gràfic la línia contínua mostra la ràtio entre taxes de mortalitat graduades, mentre que els punts representen la ràtio entre taxes de mortalitat brutes.

L'aplicació de la metodologia proposada en aquest treball permet, així, obtenir una imatge molt més nítida de l'impacte de la pandèmia i de les mesures adoptades per a combatre-la. Pot observar-se que la COVID-19 ha afectat de manera molt diversa els diferents trams d'edats, i la població masculina i femenina de les Illes Balears.

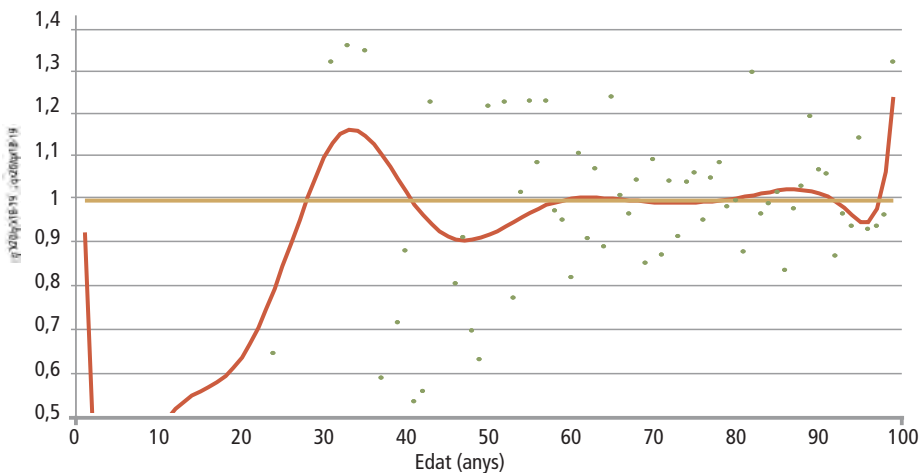
Si observem totes dues figures, el primer que crida l'atenció és la profunda caiguda en les taxes de mortalitat per a les edats inferiors a 25 anys, conseqüència, probablement, del confinament de la població durant l'any 2020. En qualsevol cas, aquest resultat ha de prendre's amb les degudes cauteles, ja que el reduïdíssim nombre de defuncions per a aquestes edats, sobretot el 2020, fa difícil l'estimació de les probabilitats de mort, per la qual cosa, s'ha recorregut per a aquest tram d'edat a la corba de mortalitat de la població espanyola com a base per a l'estimació de les taxes de mortalitat de les Illes Balears, cosa que pot emmascarar algun comportament diferencial.

Gràfic 13 | *Ràtio entre les taxes de mortalitat del període 2020 i les del període 2018-2019. Illes Balears. Població masculina*



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 14 | *Ràtio entre les taxes de mortalitat del període 2020 i les del període 2018-2019. Illes Balears. Població femenina*



Font: Elaboració pròpia.

Un problema també difícil de solucionar és el comportament extremadament volàtil de les taxes de mortalitat a partir de 95 anys. És ben conegut que les dades de mortalitat per a les edats molt avançades requereixen un estudi més detallat amb un procés acurat de recollida d'informació. Ara bé, sí que podem afirmar que el tram d'edat en el qual s'han incrementat més les taxes de mortalitat és el comprès entre els 70 i 85 anys en els homes i 80 i 90 en les dones. Ateses les altes taxes de mortalitat en aquests trams d'edats, un augment d'aquestes taxes es tradueix en forts increments en el nombre de defuncions en aquestes edats, si bé ha de destacar-se que l'impacte en termes relatius no sobrepassa l'increment del 7% en els homes i del 3% en les dones. Ha de tenir-se en compte que, per al conjunt de la població de les Illes Balears, l'increment en el nombre global de defuncions entre els dos períodes objecte d'estudi, i per a les edats entre 1 i 95 anys, ha estat del 5% per a les dones i del 6,75% per als homes.⁸

El que sí que destaca (i és un patró que es repeteix també en el conjunt de la població espanyola) és el fort increment de la mortalitat en la població femenina en el tram entre 30 i 40 anys, amb un increment relatiu màxim estimat del 17,5% per a l'edat de 33 anys. Cal demanar-se si això és conseqüència de l'exposició més gran d'aquest grup de població a la pandèmia, pel fet que algunes de les professions que s'han vist més exposades al virus són ocupades fonamentalment per dones, com per exemple serveis sanitaris, atenció a gent gran, residències, o alguns llocs que es van considerar essencials en el sector de la distribució. Aquest fenomen requereix sens dubte una anàlisi més en profunditat per poder arribar a conclusions rellevants. Cal fer ressaltar que, per contra, la població masculina no ha vist increments significatius de les taxes de mortalitat en aquest tram d'edat, cosa que la diferencia de la població general d'Espanya.

4. Comparació de l'impacte de la COVID-19 i les mesures establertes per a combatre la malaltia en la mortalitat de la població de les Illes Balears i de la població espanyola

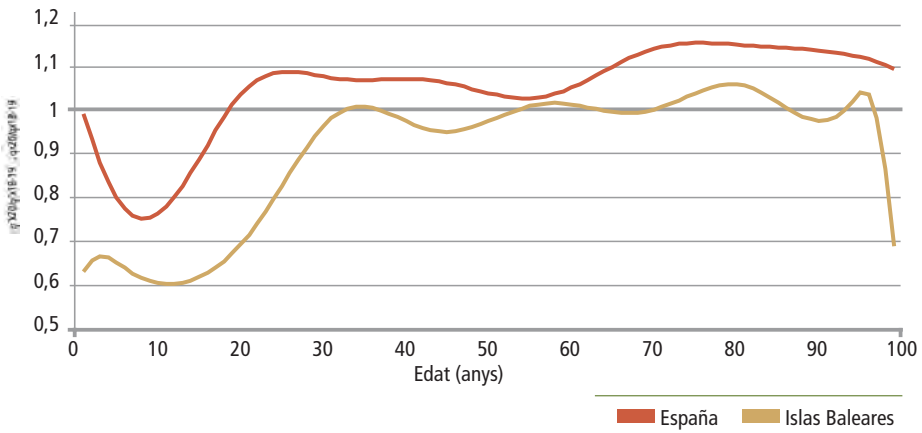
Per analitzar si la COVID-19 ha tingut efectes diferencials sobre la població balear en relació amb la de la resta d'Espanya, s'han comparat les ràtios entre les taxes de mortalitat dels dos períodes d'estudi per a la població de les Illes Balears i la d'Espanya.⁹ Aquestes ràtios han estat comparades en les figures 15 (població masculina) i 16 (població femenina).

8. En el total de defuncions hi influeixen diversos efectes. D'una banda, les variacions en les taxes de mortalitat i, d'altra banda, l'augment / la disminució de la població (un +2,3% per a les poblacions femenina i masculina entre 1 i 99 anys entre les dates centrals de tots dos períodes d'observació), i més o menys envelliment de la població, a conseqüència del transcurs del temps.

9. Per a les dades espanyoles, vegeu Navarro i Requena (2022).

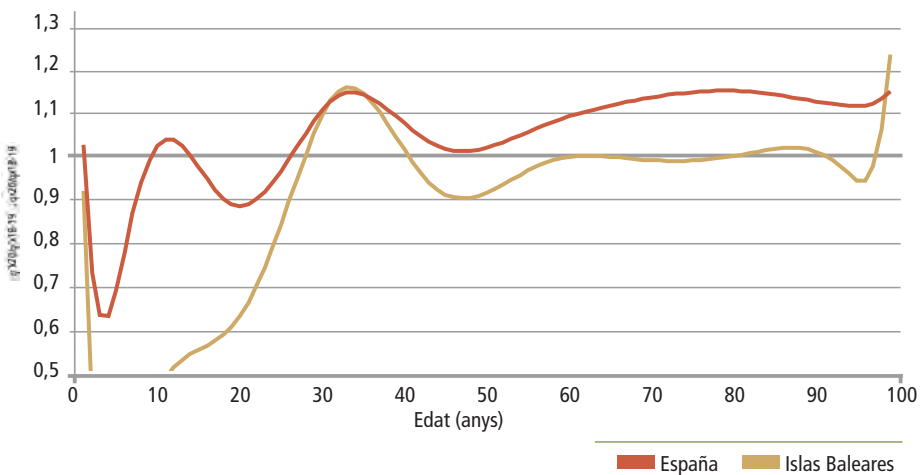
Les dades corresponents a la població espanyola es representen amb una línia vermella i els corresponents a la població balear amb una línia marró.

Gràfic 15 | Ràtio entre les taxes de mortalitat de la població masculina del període 2020 i del període 2018-2019.



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 16 | Ràtio entre les taxes de mortalitat de la població femenina del període 2020 i del període 2018-2019



Font: Elaboració pròpia.

El primer que crida poderosament l'atenció és que l'impacte ha estat molt més important en la població espanyola que en la balear, pel fet que l'increment en el nombre de defuncions en el conjunt de la població espanyola per al tram entre 1 i 95 anys ha estat del 16% tant per a les dones com per als homes, enfront de les xifres ja comentades del 5% per a les dones i del 6,75% per als homes en la comunitat autònoma de les Illes Balears.

S'observa, en primer lloc, amb totes les cauteles assenyalades anteriorment per al tram inicial de la corba de mortalitat, que la disminució en les taxes de mortalitat en les edats inferiors a 25 anys ha estat molt més pronunciada a les Illes Balears que en la resta d'Espanya. Pel que fa a les altres edats, l'increment relatiu en les taxes de mortalitat causat per la COVID-19 ha estat més gran a Espanya que a les Illes Balears, amb una excepció: les dones en el tram d'edat entre els 30 i els 40 anys, en què l'impacte ha estat similar o fins i tot lleugerament superior a les Illes Balears.

5. Conclusions

Els principals resultats d'aquest treball són de dos tipus. En primer lloc, resultats metodològics. Tal com s'ha pogut comprovar, la utilització de les tècniques actuàries per a la graduació de les taxes de mortalitat ha permès eliminar part del soroll aleatori propi d'un fenomen estocàstic com és el nombre de morts dins d'un col·lectiu, durant un període de temps, i poder disposar d'aquesta manera d'estimacions de les taxes de mortalitat. La qualitat del procés de graduació s'ha mesurat mitjançant una sèrie de tests estadístics. A més, s'ha aplicat una metodologia específica, amb les seves limitacions, per poder realitzar aquestes estimacions de les taxes de mortalitat quan el nombre de defuncions és zero o molt baix, com és el cas de la població en edats joves a les Illes Balears. L'estimació que s'ha fet de les taxes de mortalitat permet obtenir una visió més nítida de l'evolució d'una variable no observable com són les veritables taxes de mortalitat, normalment calculades mitjançant les denominades taxes brutes de mortalitat. També s'ha de tenir en compte que l'impacte relatiu sobre les taxes de mortalitat edat a edat és, a diferència del nombre de defuncions, independent de la grandària de la població i de la seva estructura d'edat.

En segon lloc, la principal aportació rau en els resultats. Una de les diferències amb altres treballs és que aquí s'ha posat el focus, tal com ja hem manifestat, en l'impacte en termes relatius de la COVID-19 en les taxes de mortalitat en lloc del nombre de defuncions. Aquest enfocament proporciona una visió diferent de la intensitat amb la qual la pandèmia ha afectat els diferents segments de la població, i gràcies a les tècniques aplicades permet analitzar, edat per edat, quines han estat les conseqüències tant de la COVID-19 com de les mesures que en el seu moment es van adoptar per

tractar de mitigar-ne els efectes i, en particular, el confinament al qual es va veure sotmesa la població durant diversos mesos de l'any 2020.

Pel que fa a la població de les Illes Balears, podem observar com durant l'any 2020 el comportament de les taxes de mortalitat ha variat molt significativament en funció de l'edat. En primer lloc, s'ha pogut constatar una caiguda relativa molt intensa en les taxes de mortalitat de la població infantil tant en homes com en dones. No obstant això, la intensitat amb la qual la COVID-19 ha afectat la població d'edat més avançada ha estat relativament escassa; sobretot els homes entre 70 i 85 anys, i les dones entre 80 i 90 anys, si bé els increments relatius estimats en les taxes de mortalitat en aquests trams d'edat no superen el 3% en les dones i el 6,5% en els homes. I, sobretot, crida poderosament l'atenció que el col·lectiu més afectat hagi estat el de les dones en el tram d'edat entre els 30 i 40 anys, probablement a conseqüència del predomini de l'ocupació professional de les dones en el sector sociosanitari.

Finalment, a l'hora de comparar l'impacte de la COVID-19 i les mesures per contenir la malaltia entre les Illes Balears i la resta d'Espanya, es poden observar diversos fenòmens. En la població infantil-juvenil la reducció relativa de les taxes de mortalitat a les Illes Balears ha estat molt més intensa que en el conjunt de la població espanyola, encara que, tal com s'ha indicat, a causa de les escasses o nul·les defuncions en alguns trams d'edat d'aquest col·lectiu, els resultats han de prendre's amb cautela. Quant al col·lectiu de persones d'edat avançada, l'increment relatiu en les taxes de mortalitat ha estat clarament inferior a les Illes Balears. Com assenyalem, enfront d'increments relatius màxims de les taxes de mortalitat a les Illes Balears entre el 3% per a les dones i el 6,5% per als homes, el conjunt de la població espanyola va experimentar increments pròxims al 16%. El que sí que han compartit de manera pràcticament idèntica totes dues poblacions és l'impacte en les taxes de mortalitat del col·lectiu de dones entre 30 i 40 anys, amb un pic al voltant dels 33-34 anys, en el qual la pujada relativa de les taxes de mortalitat ha arribat a situar-se per damunt del 15%. No obstant això, hi ha també una clara diferència entre la població de les Illes Balears i la població espanyola en l'increment relatiu de la mortalitat de la població masculina en aquest tram d'edat. Mentre que en la població masculina d'Espanya, les taxes de mortalitat per al tram entre 20 i 50 anys durant 2020 sí que van experimentar una clara pujada (no tan intensa com la població femenina), la població masculina de les Illes Balears no ha sofert un increment relatiu en les taxes de mortalitat en aquest tram d'edat.

Referències bibliogràfiques

Forfar, D. O., McCutcheon, J. J. i Wilkie, A. D. (1988). On graduation by mathematical formula. *Journal of the Institute of Actuaries*, 115, 1-149.

Helligman, L. i Pollard, J. H. (1980). The age pattern of mortality. *Journal of the Institute of Actuaries*, 107(1), 49-80.

Human Mortality Database. University of California, Berkeley (EUA) i Max Planck Institute for Demographic Research (Alemanya). www.mortality.org

Instituto Nacional de Estadística (INE). *Cifras de población*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31304>

Instituto Nacional de Estadística (INE): *Movimiento Natural de la Población: Defunciones*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=6566>

Lluch, F. D. (2017). Una aproximació al patró actual de la mortalitat general i de la tercera edat a les Illes Balears. A C. Orte Socias (2017). *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2017*.

Macdonald, A. S., Richards, S. J. i Currie, I. D. (2018). *Modelling Mortality with Actuarial Applications* International Series on Actuarial Science. Cambridge University Press.

McCutcheon, J. J. (1985). Experiments in graduating the data for the English Life Tables. *Transactions of the Faculty of Actuaries*, 40, 135-147. <http://www.jstor.org/stable/41218919>

Navarro, E. (1991). *Tablas de mortalidad de la población española 1982. Metodología y Fuentes*. Mapfre.

Navarro, E., Ferrer, R., González, C. i Nave, J. (1995). *Tablas de mortalidad de la Comunidad Valenciana 1990-91. Metodología y fuentes. Censos de població i habitatges*, volum I. Generalitat Valenciana.

Navarro, E. i Requena, P. (2022). *Descriptive Analysis of the Impact of COVID-19 and Anti-Pandemic Measures on Mortality Rates in the Spanish Population in 2020 Using Graduation Techniques*. <https://ssrn.com/abstract=4063837> o <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4063837>

Pitacco, E., Denuit, M., Haberman, S., i Olivieri, A. (2009). *Modelling longevity dynamics for pensions and annuity business*. Oxford University Press.

Autors

MYRIAM GARCÍA-OLALLA

Catedràtica d'Economia Financera i Comptabilitat de la Universitat de Cantàbria i doctora en Ciències Econòmiques i Empresariales per la Universitat d'Oviedo. Responsable del grup d'R+D+I Economia Financera. La seva recerca se centra en l'àmbit de la banca, les finances i el govern corporatiu. Ha dirigit diverses tesis doctorals i ha elaborat nombroses publicacions en revistes científiques d'àmbit nacional i internacional, així com llibres en editorials de prestigi. La seva activitat investigadora ha estat objecte de diferents premis i ajudes. Ha fet estades de recerca en les universitats de Califòrnia a Berkeley (Estats Units) i Bangor (Regne Unit). Entre d'altres, ha exercit els càrrecs de directora acadèmica de la Fundación Universidad de Cantabria para el Estudio y Investigación en el Sector Financiero (UCEIF) i directora del Departament d'Administració d'Empreses de la Universitat de Cantàbria.

ELISEO NAVARRO ARRIBAS

Alcoi (1961). Llicenciat i doctor en Ciències Econòmiques i Empresariales per la Universitat de València. Va completar la seva formació amb un diploma de postgrau en Ciències Actuarials a la Universitat Heriot-Watt d'Edimburg. Ha desenvolupat la seva carrera acadèmica en les universitats de València, Castilla-La Mancha i Alcalá, en la qual actualment és catedràtic d'Economia Financera. Director del Màster Universitari en Ciències Actuarials i Financeres de la Universitat d'Alcalá, les seves línies de recerca s'han centrat en la gestió de riscos (en particular risc de variació de tipus d'interès i de mortalitat) i ha publicat diversos llibres i articles científics en revistes com *Journal of Banking and Finance*, *European Journal of Operational Research*, *Quantitative Finance* i *European Financial Management*, entre d'altres. Ha estat també investigador principal de diversos projectes de recerca de caràcter competitiu en l'àmbit autonòmic i nacional.

PILAR REQUENA CABEZUELO

Albacete (1968). Actuarià d'assegurances, doctora en Economia i Gestió Empresarial per la Universitat d'Alcalá. Desenvolupa la seva carrera acadèmica a la Universitat d'Alcalá, en l'actualitat com a professora titular en Economia Financera. Ha tengut diferents càrrecs de gestió universitària i, entre d'altres, ha estat directora del Màster Universitari en Ciències Actuarials i Financeres de la Universitat d'Alcalá. Ha participat

en el disseny i la implantació de sistemes complementaris de previsió social en algunes de les grans empreses espanyoles, així com en l'estudi de la seva viabilitat. La seva recerca es duu a terme en la línia d'anàlisi del risc financer i de longevitat de productes com les rendes actuàries de supervivència.

INFLUÈNCIA DE LA PANDÈMIA EN LES INTOXICACIONS EN LA TERCERA EDAT

Influència de la pandèmia en les intoxicacions en la tercera edat

Jordi Puiguriquer Ferrando
Sílvia Miralles Corrales

Resum

La pandèmia de COVID-19 va comportar nombrosos canvis socials en tots els àmbits i va afectar fins i tot l'àmbit de les intoxicacions. Per aquest motiu, es pretén analitzar l'impacte de la COVID-19 específicament en les intoxicacions dels més grans de 65 anys.

Es va dissenyar un estudi retrospectiu i observacional dels intoxicats més grans de 65 anys atesos en un servei d'urgències d'hospital universitari de tercer nivell (del 1r de juny al 31 de juliol) en tres períodes de temps, de pre pandèmia (2019), postconfinament estricte (2020) i desescalada amb recuperació de la normalitat (2021).

De 1.200 intoxicats analitzats, 65 (6,43%) són més grans de 65 anys. Es va detectar una disminució de les intoxicacions en la fase de confinament (2019: 1,9% vs. 2020: 1,5%; i 2019: 1,9% vs. 2021: 1,4%; $p < 0,01$), principalment de les recreatives (per alcohol i drogues d'abús), i es van incrementar posteriorment les intoxicacions suïcides i medicamentoses (14,20% vs. 28,76%; $p < 0,01$) sobretot en més joves de 64 anys i adolescents. El grup de més grans de 65 anys es mantingué molt estable en les tres etapes estudiades pel que fa a intoxicacions.

Com a conclusions tenim que els intoxicats més grans de 65 anys van seguir una evolució similar a la de la resta de grups d'edat en la pandèmia, però sense l'increment de les intoxicacions suïcides en les etapes posteriors al confinament detectades en els altres grups. La resiliència d'aquesta etapa de la vida podria ajudar a explicar aquests resultats.

Resumen

La pandemia de COVID-19 supuso numerosos cambios sociales en todos los ámbitos, afectando incluso a las intoxicaciones. Se pretende analizar el impacto de la COVID-19 específicamente en las intoxicaciones de los mayores de 65 años.

Para ello se diseñó un estudio retrospectivo y observacional de los intoxicados mayores de 65 años atendidos en un servicio de urgencias de un hospital universitario de tercer nivel (de 1 de junio a 31 de julio) en tres períodos de tiempo: prepandemia (2019), postconfinamiento estricto (2020) y la desescalada con recuperación de la normalidad (2021).

De 1.200 intoxicados analizados, 65 (6,43%) eran mayores de 65 años. Se detectó una disminución de las intoxicaciones en la fase de confinamiento (2019: 1,9% vs. 2020: 1,5%; y 2019: 1,9% vs. 2021: 1,4%; $p < 0,01$), principalmente las recreativas (por alcohol y drogas de abuso), para incrementarse posteriormente las intoxicaciones suicidas y medicamentosas (14,20% vs. 28,76%; $p < 0,01$) fundamentalmente en menores de 64

años y adolescentes. El grupo de mayores de 65 años se mantuvo muy estable en las tres etapas estudiadas en lo referente a las intoxicaciones.

Como conclusiones vemos que los intoxicados mayores de 65 años siguieron una evolución similar a la del resto de grupos de edad en la pandemia, pero sin el incremento de las intoxicaciones suicidas en las etapas posteriores al confinamiento detectadas en los otros grupos. La resiliencia de esta etapa de la vida ayudaría a explicar los resultados.

1. Introducció

Fa uns dos anys vam concloure un article en aquest *Anuari de l'Envel·liment* en què constatarem una realitat inqüestionable: que les intoxicacions suposen un problema de salut cada vegada més habitual entre les persones grans del nostre entorn, i que aquesta prevalència ens permetia fins i tot definir tres perfils de pacients clarament diferenciats: entre 60 i 74 anys predominaven les intoxicacions recreatives —generalment per alcohol—, de 75 a 84 anys trobàvem sobredosificacions medicamentoses amb motivació suïcida, i en més grans de 85 anys predominaven les iatrogèniques per medicacions d'alt risc en persones ja fràgils (Puiguriquer, 2020).

Aquestes dades corresponien als resultats assistencials entre els anys 2011 i 2019, però a principis de 2020 tot va canviar. Els darrers mesos de 2019 es va identificar a Wuhan (província de Hubei, la Xina) un nou coronavirus (SARS-CoV-2), que actuava en un alt nombre de pacients ocasionant infeccions greus en forma de pneumònia i que sovint progressava a una fallada respiratòria i mort (WHO, 2019). Després de propagar-se de manera ràpida per tot Àsia, es va difondre arreu del món i, per aquest motiu, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va declarar la infecció per SARS-CoV-2 (COVID-19) com una emergència de salut pública d'interès internacional al gener i, posteriorment, al març, com a pandèmia (WHO, 2019). Segons dades de la mateixa OMS, el novembre de 2021 la COVID-19 havia estat la responsable directa de més de 5 milions de morts (Trilla, 2020).

Aquesta virulència i capacitat de contagi d'aquest coronavirus va condicionar que la majoria de governs adoptassin mesures inèdites fins aleshores, per tal de protegir els sistemes sanitaris del col·lapse i garantir-ne un mínim funcionament. El Govern d'Espanya mateix va decretar el 14 de març de 2020 l'estat d'alarma en tot el territori obligant al confinament domiciliari estricte de la població durant 99 dies.

Les conseqüències d'aquestes mesures són evidents i, fruit de la limitació en la mobilitat social, el nombre d'urgències (excepte les derivades de les diverses in-

feccions ocasionades pel SARS-CoV-2) van disminuir de manera dràstica. En el mateix període, òbviament, les intoxicacions també van disminuir de manera significativa, malgrat que no van desaparèixer completament, tal com esperaríem en una situació en què es van dictar mesures que limitaven qualsevol relació social o d'oci, tal com vam constatar en un article elaborat per la nostra unitat en col·laboració amb la de l'Hospital Clínic de Barcelona (Puiguriquer, 2020). D'aquest període, cal esmentar una dada important; si bé el nombre total d'intoxicacions va disminuir, les intoxicacions suïcides van incrementar-se, passant del 8,7% el 2019 al 20,7% el 2020.

El maig de 2021, es van començar a relaxar les mesures restrictives de mobilitat i es van reprendre activitats socials («desescalada»), la qual cosa va repercutir en un increment de les urgències i, paral·lelament, de les intoxicacions, ja en tots els àmbits i situacions (BOE, 2020).

Han estat diversos els estudis que han intentat analitzar aquests fenòmens, centrats principalment en la gent més jove (adolescents), població diana en què s'han concentrat la major part de trastorns psicosocials (Fernández-Lázaro, 2022), la qual cosa ha causat un cert ressò mediàtic per aquesta desmesurada incidència de trastorns mentals apareguts recentment en aquest grup d'edat, la generació dels «mil·lennistes». Però, una vegada més, els estudis han oblidat la gent gran.

Aquest treball té la intenció de compensar aquesta marginació històrica vers aquest grup de població que, a més de viure el confinament moltes vegades amb una soledat i un aïllament molt difícils de suportar, van ser els més afectats (més del 85% dels morts) per la mortalitat de SARS-CoV-2, perdent en moltes ocasions familiars i amics. L'objectiu de l'estudi no és altre que analitzar l'evolució de les intoxicacions en la gent gran en les diferents etapes de la pandèmia, i comparar-la amb la d'altres grups d'edat.

2. Material i mètode

Es va dissenyar un estudi retrospectiu i observacional en què vam fer una revisió dels episodis d'intoxicació aguda atesos al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases en tres períodes de temps (del 1r de juny al 31 de juliol, un total de 61 dies cada període) de tres anys consecutius: any 2019 o pre-pandèmia, any 2020 (pandèmia amb confinament) i any 2021 (pandèmia amb inici de «desescalada»). L'estudi sobre l'impacte de les diferents fases de la pandèmia en les intoxicacions ateses el va aprovar el Comitè d'Ètica de la Investigació de les Illes Balears (núm. d'expedient IB 4679/21 PI), amb data 27/10/2021.

De cada període es van analitzar tres grups d'edat: més joves de 18 anys, de 18 a 64 anys i més grans de 64 anys. Es fa fer una anàlisi estadística descriptiva univariant d'algunes variables (sexe, edat, origen de l'intoxicat, causa o motivació de la intoxicació, tipus de tòxic, destí, durada de l'estada i mort).

Com en estudis precedents, en tots els grups d'edat, es van excloure les sobredosificacions involuntàries detectades en controls habituals de monitoratge terapèutic d'alguns fàrmacs (per exemple, els anticoagulants orals), així com les visites per motius legals o policials (controls d'alcohol o drogues), malgrat que el seu resultat hagués estat positiu.

En totes les fases de l'estudi s'han seguit les normes per garantir l'anonimat dels pacients i la llei de protecció de dades. Aquestes dades s'han treballat en un registre dissenyat expressament per a aquest estudi, ubicat en un ordinador del despatx de la Unitat de Toxicologia, al qual han tingut accés només els autors, que s'han compromès a guardar confidencialitat de les dades.

Es va elaborar una anàlisi estadística comparativa de variables (segons les franges d'edat definides anteriorment: més joves de 18 anys, entre 18 i 64 anys i més grans de 65 anys (grup diana de l'estudi)). Els resultats es presenten en xifres totals i percentatge de freqüències. La comparació entre variables qualitatives es va fer mitjançant la prova de chi-quadrat, considerant-se significatiu qualsevol valor de $p < 0,05$.

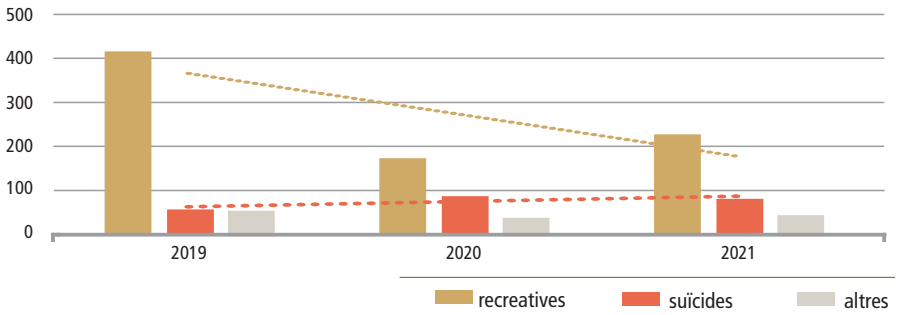
3. Resultats

Es van incloure un total de 1.200 intoxicats, 528 en etapa pre-pandèmia, 316 en la de postconfinament immediat, i 356 en la de reinici d'activitats socials, amb una disminució molt evident del nombre d'intoxicats en relació amb les urgències ateses en els dos períodes posteriors a l'any 2019 (2019: 1,9% vs. 2020: 1,5%; i 2019: 1,9% vs. 2021: 1,4% $p < 0,01$).

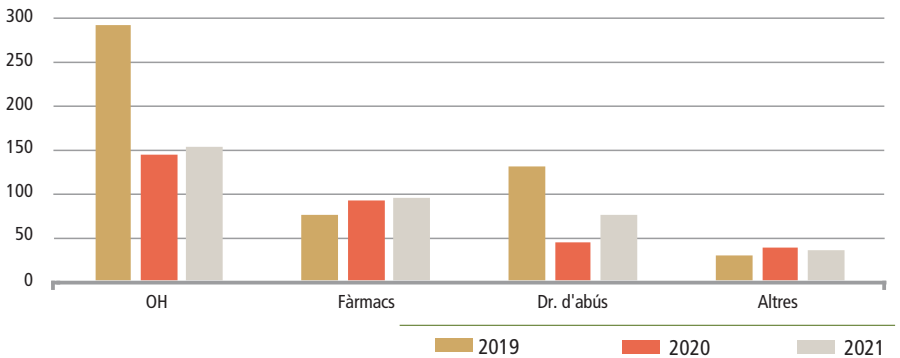
Per contra, l'edat mitjana dels intoxicats el 2020 va ser molt superior a la de 2019 ($41,3 \pm 16,3$ vs. $31,4 \pm 16,9$; $p < 0,01$), amb certa tendència a la normalització l'any 2021 ($38,3 \pm 18,0$). En els tres períodes la major part d'intoxicats eren homes, si bé l'any 2020 el percentatge (66,9%) va ser un poc més elevat que en els altres dos períodes (58,5% i 58,9%, respectivament).

Les intoxicacions suïcides van créixer de manera global en la pandèmia (8,71% vs. 21,0%; $p < 0,01$); en canvi, les intoxicacions recreatives van disminuir molt significativament (gràfic 1).

Gràfic 1 | Evolució de les causes de les intoxicacions en els tres períodes analitzats a l'estudi (de 1r de juny a 31 de juliol dels anys 2019, 2020 i 2021)



Gràfic 2 | Evolució dels tòxics responsables en els episodis d'intoxicacions dels tres períodes analitzats a l'estudi (de 1r de juny a 31 de juliol dels anys 2019, 2020 i 2021)

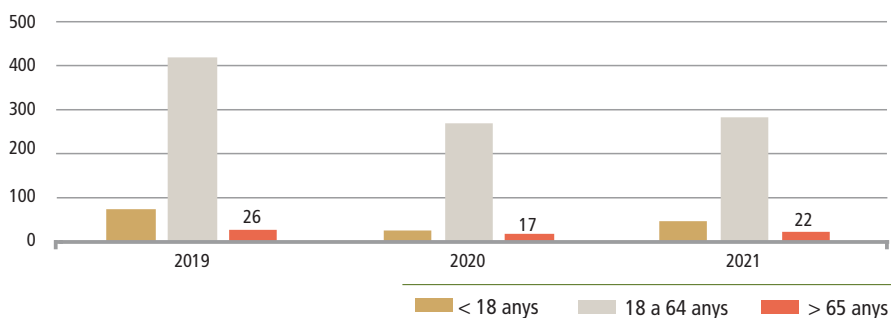


Paral·lelament, van evolucionar els tòxics responsables d'aquests episodis. Així, observem (gràfic 2) que les intoxicacions medicamentoses (14,20% vs. 28,76%; $p < 0,01$) habitualment implicades en les suicides es van incrementar globalment, i les causades per alcohol —tot i ser de les més prevalents en cada un dels trams— o les altres drogues d'abús van disminuir, principalment, en el període amb confinament més estricte.

Analitzant aquestes dades, distribuïdes segons els grups d'edat definits, veiem que el nombre total d'intoxicats més grans de 65 anys en els tres períodes descrits es manté

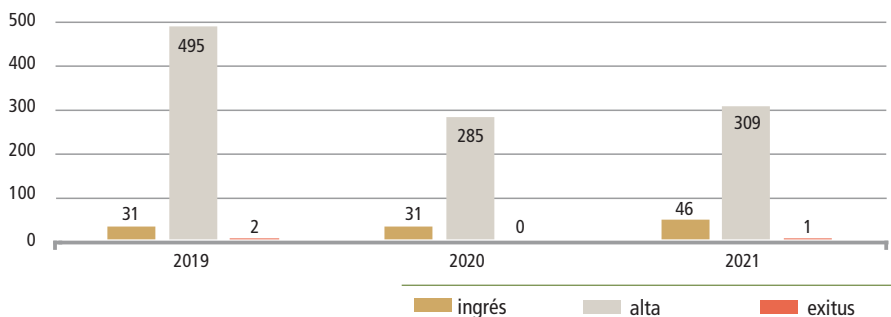
pràcticament estabilitzat o constant, cosa que no succeeix en els altres dos grups, en què s'aprecia una disminució inicial molt significativa el 2020, per tornar a incrementar-se el 2021. De manera global, els més grans de 65 anys representen el 6,43% del total (en l'estudi anterior, de l'anuari de 2019, eren el 6,7% del total) (gràfic 3) (1).

Gràfic 3 | *Distribució per trams d'edat (més joves de 18 anys, entre 18 i 64, i més grans de 65 anys) dels intoxicats atesos al Servei d'Urgències en els tres períodes estudiats*



El destí dels pacients també es va veure afectat, de manera que veiem que el percentatge d'intoxicats que va necessitar ingrés els anys 2020 i 2021 en relació amb l'etapa pre-pandèmia es va incrementar significativament (2019, 2,46% vs. 2020, 5,35%, $p = 0,05$, i 2019, 2,46% vs. 2021, 5,9% $p = 0,01$). Cal esmentar que la mortalitat per intoxicacions en el període de pandèmia va ser excepcional (un sol cas) (gràfic 4).

Gràfic 4 | *Destí dels intoxicats atesos a urgències en els mateixos períodes dels tres anys de l'estudi (de 1r juny a 31 de juliol dels anys 2019, 2020 i 2021)*



Quan analitzam els resultats partint dels diferents grups d'edat predifinitos, observam alguns punts rellevants en relació amb el grup d'edat dels més grans de 65 anys (taula 1):

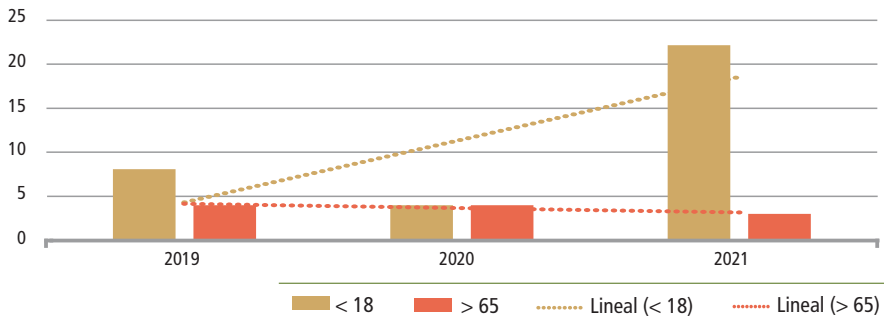
En primer lloc, que malgrat que segueixen el mateix patró d'influència de la pandèmia pel que fa a les intoxicacions, són el grup d'edat amb un comportament més estable en tots els aspectes en les tres fases de l'estudi, sense diferències significatives en cap, excepte la necessitat d'ingrés, que en el darrer període de 2021 va ser molt elevada ($p = 0,002$); la mortalitat per intoxicació d'aquest grup d'edat va ser nul·la.

La resta de grups presenten una disminució molt significativa de les intoxicacions recreatives (especialment les alcohòliques i per drogues d'abús) en l'etapa immediata al postconfinament de l'any 2020 ($p < 0,01$), per incrementar en el darrer període (desescalada) les intoxicacions amb ànim suïcida, sobretot en el grup d'edat dels més joves de 18 anys, que van passar del 10,8% el 2019 al 29% el 2021 ($p < 0,01$) (gràfic 5), mentre que en el grup de 18 a 64 anys van passar del 12,3% el 2019 al 22,2% el 2021 ($p = 0,03$) (gràfic 6).

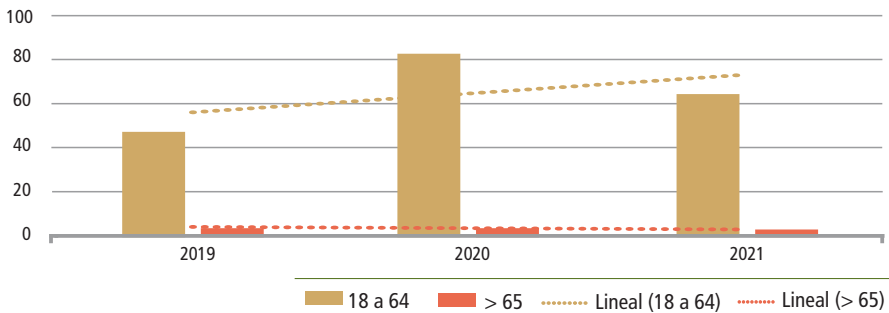
Taula 1 | *Distribució per grups d'edat predifinitos i anys dels intoxicats atesos, segons tipus de tòxic implicat, causa de la intoxicació i destí del pacient després de l'assistència al Servei d'Urgències*

	2019			2020			2021		
	< 18 a	18 -64 a	> 65 a	< 18 a	18 -64 a	> 65 a	< 18 a	18 -64 a	> 65 a
Tòxic implicat									
OH	38	241	15	5	130	9	14	128	11
Fàrmacs	10	56	9	6	80	6	19	67	8
Droga d'abús	12	119	0	2	41	0	8	66	1
Altres	14	12	2	12	23	2	5	27	2
Causa d'intoxicació									
Recreativa	38	360	15	7	159	9	23	194	11
Suïcida	8	47	4	4	82	4	17	64	3
Altres	28	21	7	14	23	3	8	30	8
Destí									
Ingrés	8	17	6	2	26	3	12	26	8
Alta	66	411	18	23	248	14	34	261	14
Mort	0	0	2	0	0	0	0	1	0

Gràfic 5 | Comparativa entre les intoxicacions per motivació suïcida dels més joves de 18 anys i els més grans de 65 anys en els tres períodes ($p < 0,01$)



Gràfic 6 | Comparativa entre les intoxicacions per motivació suïcida del grup de 18 a 64 anys i els més grans de 65 anys en els tres períodes ($p = 0,03$)



4. Discussió

No hi ha cap dubte que, globalment, la pandèmia de COVID-19 ha ocasionat canvis clínics i epidemiològics en el tipus d'intoxicacions ateses als serveis d'urgències, que, recordem, representen la punta d'un iceberg que ens aproxima, com a indicador, al consum de tòxics en la nostra societat. Aquests canvis detectats en el transcurs d'aquests tres anys han anat adaptant-se als diferents escenaris de les mesures legals i socials dictades per combatre la pandèmia.

Les restriccions inicials, amb un confinament molt estricte, van ocasionar la disminució, i no desaparició, com caldria esperar, de les intoxicacions en àmbit recreatiu. Disminució que es va compensar, en part, en el darrer estiu analitzat (l'any 2021), en què encara es mantien vigents les quarantenes als residents del Regne Unit que viatjaven al nostre país, que recordem que és un dels orígens més habituals del turisme que arriba a les Illes Balears (Haro, 2021), i estaven prohibides encara algunes de les activitats lúdiques o d'oci més atractives per a aquest tipus de turisme com discoteques, concerts o d'altres.

Gunnell (2020) ja ens alertava d'un probable increment en el nombre de problemes psicològics i d'un creixement del risc suïcida durant la pandèmia, i els nostres resultats coincideixen en aquestes previsions, amb un increment notori de les intoxicacions per aquests motius, tant l'any 2020 com el 2021, en relació amb l'etapa pre-pandèmica. Lamentablement, aquestes previsions es van quedar curtes, ja que els efectes psicològics s'han incrementat en la fase postpandèmica, principalment en la població més jove.

Pel que fa al grup de més grans de 65 anys, objectiu principal d'aquest treball, ens ha sorprès comprovar que, tot i seguir la tendència global en la majoria de variables de l'estudi, s'ha comportat com el grup d'edat més estable en aquestes tres etapes, i sobretot sense l'increment desmesurat de les intoxicacions suïcides com en els altres dos grups. Si tenim en compte que els més grans de 65 anys van ser el grup amb una mortalitat més elevada, derivada de les conseqüències físiques ocasionades per la COVID-19, i que, en moltes ocasions, van patir el confinament sols, fins i tot allunyats del seu entorn més proper (familiar o amics), hom esperava que això hagués repercutit, com segur que ho va fer, en el seu estat anímic i psicològic, però no es va traduir en un increment de les intoxicacions amb motivació suïcida.

En canvi, altres grups d'edat, com els joves i adolescents, més protegits socialment de l'aïllament dictat pel confinament, i molt més avesats a l'ús de la tecnologia i xarxes socials per poder comunicar-se amb el seu entorn malgrat les restriccions, pel que sembla han estat els més afectats. Ben segur, sorgiran estudis pròxims que analitzaran exhaustivament aquest fenomen, pel qual la sociòloga Montserrat Nebreda ha batejat aquest grup com la «generació de vidre».

Sense voler aprofundir en les causes que explicarien aquests resultats obtinguts, ja que cap dels autors no som experts en el coneixement de les ciències que les estudien, és més, la majoria de lectors d'aquest anuari tenen més coneixements que nosaltres en aquest àmbit, hem de dir que creiem que una de les principals causes que podria ajudar a entendre els resultats és, precisament, l'edat mateixa. Les persones incloses en aquest grup de més grans de 65 anys van néixer, com a poc, en postguerra mundial i espanyola (si no és que la van viure), la qual cosa els va aportar una capacitat de

supervivència imprescindible, dotant-los de recursos interns per tirar endavant i adaptar-se a mancances o situacions molt més precàries que les actuals. Sense voler atribuir a aquesta resiliència vinculada a l'edat tot el protagonisme que ajudi a afirmar els resultats, creiem que representa un aspecte idiosincràtic fonamental i que mereix reconeixement.

L'objectiu del treball era, una vegada més, fer visible aquest grup de més grans de 65 anys en un estudi que analitzà les repercussions socials i clíniques, en aquest cas toxicològiques, de la pandèmia. Amb les dades obtingudes podem concloure que, si bé ha seguit l'evolució de la resta de població pel que fa a intoxicacions en les tres etapes (disminució inicial de les recreatives per alcohol i drogues d'abús en el confinament, amb reactivació d'aquestes amb la desescalada), el grup de més grans de 65 anys s'ha mantingut molt estable en els tres períodes, i aquest fet probablement està relacionat amb una resiliència vinculada a l'edat, sense l'increment de les intoxicacions suïcides que han patit els altres grups, sobretot els adolescents.

Referències bibliogràfiques

Fernández-Lázaro J. C., Moya-Gómez, I., de la Maza, V. T., Castany-Capdevila, E., Luaces-Cubells, C. i Martínez-Sánchez, L. (2022). Efecto del confinamiento en las intoxicaciones pediátricas. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 34, 2020-2.

Gobierno de España (28 de juliol de 2021). *Estado de alarma*. <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/estado-de-alarma.aspx>.

Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, Murad M. i O'Connor, R. C. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471.

Haro J. (2021). UK tourists return to Spain: flight bookings triple since change to quarantine rules. *El País*. <https://english.elpais.com/economy-and-business/2021-07-20/uk-tourists-return-to-spain-flight-bookings-triple-since-change-to-quarantine-rules.html>.

Nebrera, M. (2021). Generación cristal. *El Nacional*. https://www.elnacional.cat/es/opinion/montserrat-nebrera-generacion-cristal_611636_102.html.

Puiguriguer J. i Miralles S. (2020). Intoxicacions a la tercera edat. *Anuari de l'Envel·liment. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal*. Universitat de les Illes Balears. 285-298.

Puiguriguer-Ferrando J., Salgado-García E., i Nogué-Xarau S. (2020). Emergency-department-treated poisonings during home confinement for the COVID-19 pandemic. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 32, 300-1.

Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 291, de 4 novembre de 2020, 95841-95845. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-13494-consolidado.pdf>

Trilla, A. (2020). Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Med Clin (Barc)*, 154(5), 175-177.

WHO (2020). *Coronavirus 2019*. <https://www.who.int/director-general/>.

Autors

JORDI PUIGURIGUER FERRANDO

Barcelona (1961). Llicenciat en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona i doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona. Metge d'Urgències i des de l'any 2006 coordinador de la Unitat de Toxicologia adscrita al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases. Investigador principal del grup consolidat de Toxicologia Clínica en l'àrea de Neurociències de l'Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdISBa). Patró fundador i vocal de la Fundación Española de Toxicología Clínica (FETOC). Els darrers deu anys ha estat autor de més de 40 articles o publicacions en revistes nacionals i internacionals, sempre en l'àmbit de la toxicologia i les urgències. En aquest treball, ha estat el responsable del projecte, la recollida inicial de les dades, l'anàlisi de resultats i la redacció final.

SÍLVIA MIRALLES CORRALES

Tarragona (1963). Infermera, diplomada a l'Escola d'Infermeria de la Vall d'Hebron (Barcelona). Especialitat de llevadora a l'Hospital Clínic de Barcelona. Curs de Postgrau en Salut Pública i Comunitària de la Universitat de Girona. Comare del Centre de Salut Son Rutlan, adscrit a la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Màster en Gestió de Cures d'Infermeria de l'Escola d'Infermeria de Santa Madrona (Universitat de Barcelona). Professora associada de la Unitat Docent d'Infermeria Obstètrica i Ginecològica (comare) de la UIB entre els anys 2004 i 2010. Col·laboradora habitual en alguns treballs epidemiològics d'investigació del grup consolidat de Toxicologia de l'IdISBa. En aquest treball, ha estat la responsable del processament i depuració dels resultats, de l'elaboració de figures i de la correcció d'estil i lingüística.

LA XARXA INTERGENERACIONAL I LA INFLUÈNCIA DE LA COVID-19

La xarxa intergeneracional i la influència de la COVID-19

Sofía Valiente Teruel

Resum

Aquest article abasta la temàtica de la xarxa intergeneracional, la seva importància i la influència de la COVID-19 en les relacions entre avis i nets a Espanya. És un resum del contingut d'un treball de fi de grau d'Educació Social.

Hem obtingut la informació necessària a partir de dues vies d'estudi. La primera ha consistit a seleccionar les aportacions d'autors que havien investigat la temàtica anteriorment. L'altra són deu entrevistes a avis cuidadors i a nets que han estat criats pels avis, amb la finalitat de completar la informació recollida d'una manera més qualitativa i acostar-nos a la realitat des de la perspectiva dels protagonistes.

Resumen

Este artículo abarca la temática de la red intergeneracional, su importancia y la influencia de la COVID-19 en las relaciones entre abuelos y nietos en España. Es un resumen del contenido de un trabajo de fin de grado de Educación Social.

Se ha obtenido la información necesaria a partir de dos vías de estudio. La primera ha consistido en seleccionar las aportaciones de autores que habían investigado la temática anteriormente. La otra son diez entrevistas a abuelos cuidadores y nietos que han sido criados por aquellos, con el fin de completar la información recogida de una manera más cualitativa y acercarnos a la realidad desde la perspectiva de los protagonistas.

1. Introducció

Aquest treball se centra en la importància de la xarxa intergeneracional, el paper que tenen els avis cuidadors i com aquest rol ha estat influenciat o modificat a causa de la COVID-19, sobretot durant el període de confinament i a tot l'Estat.

Entorn de la justificació, en primer lloc, com diuen Porcel et al. (2021), Espanya és un dels països on hi ha més gent gran. En segon lloc, per comprendre la importància de la xarxa intergeneracional, Badenes i López (2011) afirmen que els avis són el punt de suport imprescindible en l'atenció dels nets de les famílies europees, concretament a Espanya, ja que un de cada quatre avis que tenen nets se'n fan càrrec. Es calcula que la mitjana d'hores diàries que els avis espanyols dediquen a atendre els nets és de set, dues més que la mitjana europea.

La COVID-19 és definida com una pandèmia mundial que afecta tota la població, però no a tothom de la mateixa manera. La gent gran és un grup especialment vulnerable (Pinazo, 2020) i és per aquest motiu que els experts parlen de l'emergència geriàtrica de la pandèmia. L'OPS (2020) també coincideix que les persones grans són les que s'han vist més afectades per la situació actual, ja que tenen un sistema immune més dèbil i la majoria tenen una o més malalties cròniques i problemes cardiovasculars o pulmonars. Així doncs, el 68% d'hospitalitzats per coronavirus a Espanya han estat persones de més de 60 anys i han representat el 95% dels morts d'aquesta pandèmia (Porcel et al., 2021).

Pel que fa a les conseqüències de la COVID-19 entre la gent gran, la salut psicològica i emocional n'ha estat afectada i han canviat molts aspectes de la seva vida quotidiana (manera de treballar, relacionar-se, gestionar el temps lliure o oci, etc.). Així mateix, ha canviat la concepció que tenim d'altres grups de la població i han augmentat algunes conductes discriminatòries, per exemple, envers la gent gran. Hi ha investigacions recents que assenyalen que ha incrementat de manera notable edatisme i que hi han tingut un paper important les xarxes socials i els mitjans de comunicació, els quals s'han referit a aquest col·lectiu en termes incorrectes i despectius (Pinazo, 2020).

A partir d'aquesta investigació, podem observar que el paper dels avis a Espanya és rellevant i que possiblement s'haurà vist afectat per la COVID-19. Volem analitzar l'impacte que ha tingut aquesta pandèmia mundial sobre les famílies, la seva organització i xarxa de suport.

2. Objectius

Els objectius principals d'aquest treball són dos. Un és conèixer en profunditat la importància de la xarxa intergeneracional, posant èmfasi en la relació entre avis i nets, i l'altre és analitzar com hi ha influït la COVID-19.

Els objectius específics són: analitzar el paper que desenvolupen els avis cuidadors en relació amb els nets i les seves funcions principals; estudiar com és la relació entre avis i nets a Espanya; analitzar la percepció que tenen els avis de la seva relació amb els nets, i a la inversa, i estudiar com ha influït la COVID-19 en aquesta relació.

3. Metodologia

En primer lloc, s'ha fet una cerca bibliogràfica i anàlisi documental. En aquest cas, l'àmbit d'estudi han estat principalment les relacions intergeneracionals, la seva importància i com s'han vist afectades per la COVID-19.

Els descriptors que s'han aplicat en la cerca bibliogràfica han estat diversos, i destaquen els següents: xarxa generacional, relacions intergeneracionals, relacions avis-nets, avis cuidadors, rols dels avis, funcions dels avis, relacions intergeneracionals i COVID-19, xarxa generacional i COVID-19, etc.

L'interval temporal que abraça la revisió comprèn els anys 2000 a 2021. Les fonts seleccionades corresponen a revistes de l'àmbit científic, psicològic i social; articles, tesis doctorals, treballs de fi de grau, capítols de llibres, i altres investigacions fetes per autors espanyols i estrangers.

Amb la finalitat de completar la informació recollida, s'ha fet una investigació qualitativa que ha consistit en dues entrevistes: una, per conèixer la visió dels avis cuidadors, i l'altra, per conèixer la percepció dels nets.

La mostra de les entrevistes és de deu subjectes. Els participants són tres àvies i dos avis que tenen entre 65 i 75 anys, i tres netes i dos nets, que tenen entre 14 i 22 anys. Els avis havien estat cuidadors i els nets havien estat criats pels avis durant, com a mínim, cinc anys. També era imprescindible que els entrevistats no patissin cap patologia que fos un impediment per seguir l'entrevista, que entenguessin amb claredat l'idioma i que mostressin interès per participar en l'estudi.

4. Estructura i desenvolupament dels continguts

4.1. Concepte i importància de la xarxa intergeneracional a Espanya

En primer lloc, Sánchez (citada per Marco, s/d) afirma que «la clau del concepte no és que les generacions estiguin juntes, sinó que es relacionin, que interactuïn, que es creuin entre si. El que és interessant és promoure relacions que repercutixin en una millora tant dels membres de les generacions com de les comunitats».

A més, en relació amb la situació d'Espanya, Hantrais (2004) fa referència a la política familiar lligada a un segon pla i no a una qüestió cultural, sinó a un model social familiarista basat en el treball masculí i la cura com a funció de la dona (esmentat per Salido i Moreno, 2007). Aquest model també assigna obligacions a la família en l'assistència i la cura dels membres en qualsevol mena de dependència, i l'Estat actua únicament amb suport econòmic, no amb administracions locals o regionals (Gomila i Pascual, 2012).

Per una altra banda, actualment, segons Vazzano (2020), les famílies es desenvolupen en escenaris d'interaccions intergeneracionals múltiples, és a dir, hi ha una vinculació

entre els subjectes que pertanyen a generacions diverses, en què predominen les que relacionen avis i nets.

4.2. El rol dels avis

En primer lloc, les funcions dels avis són diverses, depenent de la implicació que tenen en la criança i educació dels nets, i també el seu reconeixement formal i legal (Gomila i Pascual, 2012). En aquest sentit, Pinazo i Ferrero (2003) fan una classificació del rol dels avis:

- Rol definit: avis que cuiden els nets de manera puntual, esporàdica i relacionada amb l'oci i el foment de les relacions familiars.
- Rol difuminat (o avi cangur): avis que tenen un rol poc clar o poc definit, ambigu. Duen a terme serveis de cura durant períodes de temps prolongats, però no tenen responsabilitat legal.
- Rol parental: avis que assumeixen la guarda quotidiana dels nets i també la tutela.
- Rol actitudinal: abraça lleis i normes que regulen els drets i obligacions dels avis.
- Rol simbòlic: el significat que els avis mateixos atribueixen al seu rol.
- Rol conductual: activitats que els avis comparteixen amb els nets.
- Rol afectiu: satisfacció dels avis associada o relacionada amb el rol.

Una aproximació a la relació entre els avis i nets en temps de la COVID-19

Entrevistes als avis

Pel que fa a la COVID-19 i a la influència que ha tingut en les relacions intergeneracionals, algunes de les dades més rellevants aportades per les entrevistes són:

- Tots els entrevistats afirmen que la relació amb els nets s'ha vist afectada, no de manera negativa, però sí que ha canviat, sobretot en el període de confinament.
- Predominen els canvis en la manera de comunicar-se: han disminuït les visites i han augmentat les telefonades i videotelefonades.
- El 60% afirma que la relació amb els nets s'ha reforçat en el període de confinament i que actualment és més bona i estreta.
- Emocionalment, tots els avis confirmen que la pandèmia ha estat una situació difícil de dur.

- La meitat dels avis aprofundeixen en la resposta i afirmen que s'han sentit afectats per la situació, fins i tot deprimits, i esmenten el sentiment de soledat.

Entrevista als nets

Pel que fa a la COVID-19 i a la influència que ha tingut en les relacions intergeneracionals, algunes de les dades més rellevants aportades per les entrevistes són:

- Tots els entrevistats afirmen que la relació amb els avis s'ha vist afectada, no de manera negativa, però sí que ha canviat, sobretot en el període de confinament, i aporten testimonis semblants als dels avis.
- Predominen els canvis en la manera de comunicar-se: han disminuït les visites i han augmentat les telefonades i videotelefonades.
- El 60% afirma que la relació amb els nets s'ha reforçat en el període de confinament i que ara és més bona i estreta que mai. Han augmentat el nombre de visites.
- Emocionalment, tots confirmen que la pandèmia ha estat una situació difícil.
- Un 40% confirma haver-ho passat molt malament en el període de confinament, ja que va enyorar molt els avis.

5. Discussió i conclusions

En primer lloc, quant a la relació entre avis i nets, podem observar que, a les entrevistes, tant els avis com els nets la valoren d'una manera molt positiva, i la qualifiquen de «molt bona i estreta». En les respostes, predomina l'estima i la part afectiva d'aquestes relacions, fins i tot s'hi refereixen com a «amor incondicional». En aquest sentit, coincideixen amb Noriega (2015) quan afirma que actualment aquest tipus de relacions són de caràcter més simètric, en les quals predomina l'expressió i l'intercanvi d'estimació i d'amor. Així mateix, hi ha similituds amb Balaguer (2020) quan diu: «Si existeix l'amor incondicional, un context en el qual es podria trobar és en el de les relacions familiars. No necessàriament ni sempre en totes, però sí en algunes, especialment en aquelles que vinculen avis i nets».

La majoria dels participants també manifesten que estan satisfets amb les relacions intergeneracionals que tenen. És el resultat que també expressen Rodríguez i Español (2014), els quals confirmen que predominen les relacions positives, d'estima i de respecte per ambdues parts.

En aquest sentit, és important tenir en compte també els inconvenients. Hi ha entrevistats que esmenten la distància geogràfica com a barrera per establir una relació

més bona amb els nets o avis. Esmenten aquest aspecte altres autors, com Noriega i Velasco (2013), Badenes i López (2006) i Hank et al. (a Gomila i Pascual, 2012), Martínez (2017) o Luna (2018), els quals també donen importància a altres aspectes: el grau de parentiu, el gènere, l'edat d'ambdues parts, la qualitat de la relació, el nombre i ordre dels nets, l'estructura familiar i l'estat de salut (Atta-Schwartz et al., 2009; Creasey i Kaliher, 1994; Kornhaber, 1996; Pinazo i Montoro, 2004, a Noriega, 2015), o la classe social (Cherlin i Furstenberg, 1985, a Noriega, 2015).

Quant al rol dels avis, tots els avis entrevistats afirmen que assumir aquest rol no fou una decisió seva, sinó que els vingué imposat per la situació laboral dels progenitors. En aquest sentit, Vanazzo (2020) afirmava que els avis assumeixen les tasques de cura més significatives i de caràcter actiu respecte dels nets quan hi ha necessitats familiars, com poden ser absències, incompliments o impossibilitats per part dels progenitors. En aquest aspecte tornen a coincidir diversos autors, com Balaguer (2020), que confirma que pot ser que hi hagi avis que exerceixen el rol de cuidadors per sobre de les seves possibilitats amb l'única finalitat de donar suport, però que pot ser que això no els sigui gaire beneficiós. A més, Hughes et al. (2007), Sutor et al. (2011) i Xu i Chi (2018) conclouen que els avis ofereixen tota mena d'atencions als nets quan els progenitors no poden, sigui per motius laborals o malaltia, entre d'altres (Luna, 2018).

Quant a les tasques i funcions dutes a terme pels avis, tant ells com els nets coincideixen en les associades a les cures i a cobrir necessitats bàsiques (desplaçaments, alimentació, etc.), i mostren més interès per les relacionades amb l'oci i el temps lliure (jocs, esport, extraescolars, etc.). Hi ha autors que parlen de funcions. Mansilla (2017), per exemple, fa referència a les següents: «Cuidar, transmetre valors, contar històries, jugar, consentir, arbitrar quan hi ha conflictes i intervenir en moments de crisi».

Més concretament, Rico et al. (2001) destaquen: proporcionar amor incondicional i suport en moments de crisi; atencions; actuar com a model d'envelliment i de feina; transmetre valors; ser narradors d'històries; fer de mediador entre pares i fills, de confident i company de joc (Noriega i Velasco, 2013). També n'hi ha que afirmen (Megías et al., 2011) que els avis influeixen directament en el benestar emocional i econòmic dels fills, la qual cosa els converteix en una peça imprescindible del nucli familiar (a Noriega i Velasco, 2013).

Finalment, quant a la influència de la COVID-19, tots els avis entrevistats coincideixen i afirmen que la pandèmia els ha afectat emocionalment, els ha fet sentir més deprimits, i la majoria esmenten la sensació de soledat. Aquest aspecte també el confirma Balaguer (2020) quan diu que l'estat de reclusió i aïllament forçós genera conseqüències emocionals i relacionals que poden derivar en depressió i ansietat. Respecte de les vies per comunicar-se, una de les entrevistades diu: «Les videotelefonades amb la meua

neta eren el millor moment del dia. No sé què hauria fet sense aquestes estones». Balaguer (2020) corrobora aquest aspecte amb l'afirmació següent: «Definitivament, els nets contribueixen a augmentar l'estat d'ànim i l'autoestima, la qual cosa a la llarga pot suposar un increment de l'esperança de vida».

Referències bibliogràfiques

Badenes, N. i López, M. (2011). Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España, Zerbitzuan. *Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria* (Revista de servicios sociales), 49, 107-124.

Balaguer, G. (2020). Abuelos y nietos: ¿Una relación confinada? *The Conversation*. <https://theconversation.com/abuelos-y-nietos-una-relacion-confinada-138374>.

Bonete, B. (2020). Pensiones de alimentos ¿Sufrirán los abuelos las consecuencias de la pandemia? *Diario La Ley*, 9739

Chaparro, P. (2015). El derecho de relación personal de los abuelos con los nietos. Reflexiones al hilo de la STS núm. 723/2013 de 14 de noviembre. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 3, 195-212.

Curcio, C. L. (2020). La vejez. Reflexiones de la postpandemia. *FUNDACOL*, 81-94.

Envejecimiento en Red (2020). Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, 25. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos2020.pdf>

Gomila, M. A. i Pascual, B. (2012). Padrins que fan de pares: Un dret de l'infant o una obligació per a la persona gran? *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*, 164-184. http://ibdigital.uib.cat/greenstone/collect/anuariEnvel·liment/index/assoc/2012_anuari_envel·liment_p163.d/ir/2012_anuari_envel·liment_p163.pdf.

González, J. J., Ortiz, V., Fuente, M. T. i González, E. (2008). Beneficios de las relaciones intergeneracionales. *INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 333-343.

Hantrais, L. (2004). *Family Policy Matters. Responding to family change in Europe*. Bristol.

Herrera, V., Leal, M. i Plasencia, N. (2019). Relaciones entre nietos/as y abuelos/as en familias intactas y divorciadas. [Treball de fi de grau] Universitat de La Laguna. <https://riull.uill.es/xmlui/bitstream/handle/915/14647/Relaciones%20entre%20nietos%20y%20abuelos%20en%20familias%20intactas%20y%20divorciadas.pdf?sequence=1>.

León, A., Rodríguez, M. C. i Isis, L. (2016). Un análisis del vínculo abuelos-nietos-adolescentes. Reflexión sobre la transmisión generacional. *R. Katál, Florianópolis*, 19(2), 251-259.

Luna, S. (2018). Abuelas cuidadoras: análisis de indicadores y efectos asociados a la asunción de cuidados hacia familiares y descendientes. [Tesi doctoral.] Universitat de Sevilla] <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/80688/Memoria%20Tesis%20Doctoral%20Sara%20Luna%20Rivas.pdf>.

Luna, S., Rivera, F. i Ramos, P. (2016). Ajuste psicológico y clasificación de mujeres cuidadoras de nietos y nietas y/o ascendientes en función de su inteligencia emocional. *Apuntes de Psicología*, 34, 161-169.

Mansilla, J. M. (2017). Significado del cuidado de los nietos. [Tesi doctoral.] Universitat Rei Joan Carles. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=226554>.

Marco, C. (s. d.). Relaciones intergeneracionales, hacia la inclusión de las personas mayores en la sociedad. Las relaciones intergeneracionales en el entorno familiar. <http://globalag.igc.org/elderrights/world/2009/intergenerationalrelations.pdf>.

Martínez, A. L. (2017). El rol de agentes educativos en los abuelos del siglo XXI: Transmisión de valores y principales factores que influyen en el grado de relación mantenida con sus nietos. *La Razón Histórica: Revista Hispanoamericana de Historia de las Ideas Políticas y Sociales*, 37, 44-76.

Martínez, A. L. M., Díaz, M. B. i Soler, J. A. C. (2019). La relevancia de los roles de los abuelos y las relaciones mantenidas con los nietos adolescentes y jóvenes: una revisión sistemática de literatura. *Revista Kairós-Gerontología*, 22(2), 93-112.

Méndez, T. (2014). *Las relaciones personales: nietos y abuelos*. [Tesi doctoral.] Universitat de les Illes Balears. http://ibdigital.uib.cat/greenstone/collect/tesisUIB/index/assoc/Mendez_L.dir/Mendez_Lopez_Tomas.pdf.

Nelida, M. (2012). L'actual paper dels padrins en les famílies. Especialment, les relacions dels padrins amb els nets a l'empara del dret civil. *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*, 146-162. http://ibdigital.uib.cat/greenstone/collect/anuariEnvel·liment/index/assoc/2012_anu/ari_enve/lliment_/p145.d.ir/2012_anuari_envel·liment_p145.pdf.

Noriega, C. (2015). Percepción de los abuelos de la relación con sus nietos: valores, estilos educativos, fortalezas y bienestar. [Tesi doctoral.] Universitat Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/31093/1/T36206.pdf>.

Noriega, C. i Velasco, C. (2013). Relaciones abuelos-nietos: Una aproximación al rol del Abuelo. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 466-482. <http://www.sociedadutopia.es/images/revistas/41/D16.pdf>.

OPS (2020, 10 de juliol). *Las personas mayores son más vulnerables al COVID-19* [información]. OPS. <https://www.paho.org/es>.

Pérez, J., Abellán, A., Aceituno, P. i Ramiro, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España 2020. *Indicadores Estadísticos Básicos*, 25. EnR. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>.

Pérez, M. L., Acevedo, A. i Muñoz, J. M. (2012). Los conflictos parentales como origen de las dificultades en las relaciones abuelos-nietos: Abordaje mediacional y jurídico-forense. *Revista de Mediación*, 9, 15-25. <https://revistademediacion.com/wp-content/uploads/2013/11/Revista-Mediacion-9-02.pdf>.

Pinazo, S. i Ferrero, C. (2003). Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: el caso de las abuelas y los abuelos acogedores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(2) 89-101.

Pinazo, S. i Montoro, J. (2004). La relación entre abuelos y nietos. *Revista Internacional de Sociología*, 38, 148-150. <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/257/270>.

Pinazo, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 55, 249-252. <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0211139X20300664/first-page-pdf>.

Porcel, A., Badanta, B., Barrientos, S. i Lima, M. (2021). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enfermería clínica*, 31(1), 18-23.

Prada, A. i Novo, R. (2016). ¿Cómo perciben los nietos adultos las relaciones con sus abuelos? *Psicología y Educación: Presente y Futuro*, 2119-2127. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/64232/1/Psicologia-y-educacion_252.pdf.

Rico, C., Serra, E., Viquer, P. i Meléndez, J. C. (2000). Las relaciones abuelos-nietos al final del milenio: La visión de los niños. *Geriatrics*, 16(9), 33-39. https://www.researchgate.net/profile/Paz-Viquer/publication/267300488_Las_relaciones_abuelos-nietos_al_final_del_milenio_la_vision_de_los_ninos/links/547300280cf216f8cfae9472/Las-relaciones-abuelos-nietos-al-final-del-milenio-la-vision-de-los-ninos.pdf.

Rodríguez, A. i Español, W. (2014, 30 abril). Abuelos y nietos, un espacio de cooperación intergeneracional en valores. *Educación y Territorio* Vol. 4 (7), 109-124. <https://www.jdc.edu.co/revistas/index.php/reYTE/article/view/132/128>.

Salido, O. i Moreno, L. (2007). Bienestar y políticas familiares en España. *Política y Sociedad*, 44(2), 101-114.

Sanz, R., Mula, J. M. i Moril, R. (2011). *La relación abuelos-nietos-escuela: una excusa o una necesidad*. XII Congrés Internacional de Teoria de l'Educació. Universitat de Barcelona. <https://www.cite2011.com/Comunicaciones/Familias/142.pdf>.

SHARE (2021). *Contexto familiar: Redes sociales y relaciones con hijos y nietos*. https://www.share.cemfi.es/exploracion_de_datos.asp?menu=33.

Triadó, C. i Villar, F. (2000). El rol del abuelo: cómo perciben los abuelos las relaciones con sus nietos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 35(2), 31-36. https://observatorio.campus-virtual.org/uploads/30895_Triado-et-al_REGG2000_Rol-abuelos.pdf.

Vazzano, F. (2020). La protección de las relaciones intergeneracionales entre nietos y abuelos en el Código Civil y Comercial. Consideraciones a partir de una lectura transversal. *Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional de La Plata*, 50, 1-13. <https://revistas.unlp.edu.ar/RevistaAnalesJursoc/article/view/9678/10070>.

Vigalondo, E. (2018). *Estudio de cómo perciben los niños de primaria los valores que les transmiten sus abuelos*. [Treball de fi de grau.] Universitat de Cantàbria. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16009/VigalondoOrtizElia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Autora

SOFÍA VALIENTE TERUEL

Mallorca (1998). Graduada en Educació Social a la Universitat de les Illes Balears (2021). Inscrita al Màster en Investigació i Intervenció Psicoeducativa, també a la Universitat de les Illes Balears. Actualment treballa en un pis tutelat de l'entitat AMADIBA amb joves amb cert grau de discapacitat intel·lectual i problemes de conducta.

**JUSTÍCIA.
DRETS DE LES PERSONES GRANS**

Justícia. Drets de les persones grans

Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya (UDP)

Antoni Serratosa Serdà

Cristina Rodríguez-Porrero Miret

Carlos Martínez Ozcáriz

Resum

Partint de la dimensió quantitativa de la gent gran en la societat pel seu pes poblacional, en clara progressió, es posa de manifest la seva manca de significació i rellevància social a causa, entre d'altres, del reduccionisme i de la simplificació amb què la societat en general la percep com a grup.

La longevitat, a més de ser considerada una conquesta humana positiva, és un repte social que té una àmplia dimensió i que implica transformacions sistèmiques i un canvi de paradigma necessari per orientar actituds, visió i polítiques en la construcció de societats garantistes dels drets de les persones en tot el cicle vital, especialment en l'últim tram de la vida, en el qual les cures i l'atenció socio sanitària adquireixen un protagonisme singular.

Els drets de la gent gran emanen dels drets humans proclamats i reconeguts internacionalment a la Declaració Universal dels Drets Humans i a tota la legislació desenvolupada a partir d'aquesta.

La mirada social negativa envers la gent gran provoca la seva discriminació i dificultats a l'hora d'exercir els seus drets com la resta de grups d'edat. Després de la discriminació, operen estereotips i prejudicis d'ampli calat cultural que constitueixen una barrera per aconseguir exercir els seus drets. La pandèmia de la COVID-19 ha permès evidenciar aquesta discriminació, que abasta àmbits nous i rellevants, com és l'accés a la societat digital.

El camí per aconseguir que la gent gran gaudeixi plenament dels seus drets és clar i només falta conjuminar voluntats.

Resumen

Partiendo de la dimensión cuantitativa de la gente mayor en la sociedad a causa de su peso poblacional, en clara progresión, se pone de manifiesto su carencia de significación y relevancia social debido, entre otros, del reduccionismo y de la simplificación con que la sociedad por lo general la percibe como grupo.

La longevidad, además de ser considerada una conquista humana positiva, es un reto social que tiene una amplia dimensión y que implica transformaciones sistémicas y un cambio de paradigma, necesario para orientar actitudes, visión y políticas en la construcción de sociedades garantistas de los derechos de las personas en todo su ciclo vital, especialmente en el último tramo de la vida, en el que los cuidados y la atención socio sanitaria adquieren un singular protagonismo.

Los derechos de la gente mayor emanan de los derechos humanos proclamados y reconocidos internacionalmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en toda la legislación desarrollada a partir de ella.

La mirada social negativa hacia los mayores provoca su discriminación y dificultades a la hora de ejercer sus derechos como el resto de grupos de edad. Tras la discriminación, operan estereotipos y prejuicios de amplio calado cultural que constituyen una barrera para conseguir ejercitar sus derechos. La pandemia de la COVID-19 ha permitido evidenciar esta discriminación, que abarca ámbitos nuevos y relevantes, como el acceso a la sociedad digital.

El camino para conseguir que los mayores disfruten plenamente de sus derechos es claro y sólo falta aunar voluntades.

1. Ser gran

El terme «persona gran» té diverses accepcions en funció dels paràmetres que facin servir els organismes internacionals de referència en fer al·lusió a aquest grup poblacional. Encara que en alguns països i zones geogràfiques del món les persones adultes grans són identificades així a partir de 60 anys, a Europa aquest llindar habitualment se situa en els 65 anys. No obstant això, en altres àmbits de comunicació o màrqueting fa un cert temps que sentim a parlar de «població sènior» en referència a un grup poblacional gran, ja que aquest adjectiu sovint s'aplica a les persones que tenen més de 55 anys. En el desenvolupament de les reflexions que hem fet en aquest tema, empram «gent gran» per referir-nos a les persones que tenen a partir de 65 anys.

Quan es parla de persones grans, és inevitable tenir una dimensió quantitativa del grup de població que representen. Segons el cens poblacional de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), el percentatge de persones grans que tenen 65 anys a Espanya és d'un 20,09% (dada de desembre de 2021). Per primera vegada al nostre país, la gent gran han superat el 20%, és a dir, és una cinquena part de la població. Parlam de més de 9,5 milions de persones.

Ampliant la perspectiva més enllà del nostre país per completar-ne una visió global, l'any 2020 el nombre de persones de 60 anys o més ja havia superat el de nins de menys de 5 anys, segons l'Organització de les Nacions Unides (ONU). Durant les pròximes tres dècades, es preveu que el nombre de persones grans a tot el món es dupliqui i arribi a més de 1.500 milions l'any 2050. A Europa, una cinquena part de la població de la

UE-27 tenia 65 anys o més l'any 2019, i està previst que entre 2019 i 2100 les persones de 80 anys o més es multipliquin per 2,5, i passin del 5,8% al 14,6%.

A diferència del que ocorre amb altres trams d'edat, el grup poblacional de persones grans tendeix a ser percebut socialment com un **grup homogeni**. S'hi atribueixen determinades característiques i condicionants l'origen dels quals prové del fenomen de l'envelliment i estan determinats per valors i estereotips amb un fort component cultural, en el qual entrarem més endavant.

Per desmuntar inicialment aquesta visió uniforme i afrontar amb més rigor un acostament al grup poblacional de la gent gran, volem reclamar la necessària visió diversa d'aquest grup d'edat en els nombrosos àmbits, això és, la mateixa diversitat i heterogeneïtat que atribuïm a altres grups poblacionals. Curiosament, són els grups d'edat dels «joves» i «grans» els que més pateixen aquesta estandardització i simplificació, i dels quals es parla amb massa freqüència en termes absoluts i atributius. Si hi pensem un moment, segur que ens en venen al cap molts exemples. Una altra curiositat és que habitualment aquesta uniformitat, en fer referència a aquests grups fent servir els substantius amb l'article *els* davant, s'empra per atribuir-los característiques, comportaments o hàbits normalment negatius o estigmatitzadors, fet que s'aplica socialment també a altres grups humans pel seu gènere, raça, procedència, orientació sexual, ideologia, etc. Es tracta, com veurem més endavant, de discriminació més o menys encoberta, però, per descomptat, existent.

La visió social de les persones d'edat o persones grans és, doncs, una visió més vinculada a elements negatius que positius. Aquesta visió social està fortament arrelada i no solament en condiona la imatge externa, sinó que sovint repercuteix també en la pròpia visió que algunes persones grans tenen de si mateixes com a «elements» inútils, passius, incapaços d'adaptar-se o necessitats de tutela. Hi ha la paradoxa que la persona gran gaudeix socialment d'una visió positiva com a individu, però negativa com a col·lectiu.

Enfront d'aquesta visió, una majoria de persones grans es perceben a si mateixes no com a «velles», sinó com a persones amb ganes de gaudir i aprendre i que reclamen més quotes de participació en la vida social.

El dictamen del Comitè Econòmic i Social Europeu sobre la «Implicació i participació de la gent gran en la societat», publicat al Diari Oficial de la Unió Europea (15/01/2013), assenjala, entre altres punts, que aquestes persones:

- Són dinàmiques, capaces i vitals per a la nostra societat.
- Transmeten coneixements, competències i experiència a les generacions següents.
- Participen en les nostres comunitats de manera individual i col·lectiva.
- Contribueixen a la nostra economia i són un «repositori» de la nostra història.

2. La longevitat

Les persones cada vegada vivim més anys. Les dades ens mostren aquest nou escenari que fa anys que s'esdevé gràcies a l'augment de l'esperança de vida; és el que anomenam «longevitat».

L'esperança de vida s'ha incrementat de manera espectacular durant tot el segle XX i la tendència general és una continuació d'aquest procés. El 2020, les dones a Espanya tenien una esperança de vida en néixer de 85 anys i els homes, de 79,6 (82,3 anys tots dos sexes), segons les últimes dades de mortalitat de l'INE (2020).

Segons les projeccions demogràfiques de l'INE (2021), l'esperança de vida a Espanya en néixer, l'any 2035, arribaria als 83,2 anys en el cas dels homes i als 87,7, en el de les dones. Aquests valors projectats a l'any 2069 serien de 85,8 anys d'esperança de vida en néixer per als homes i de 90 anys per a les dones.

Avui, doncs, la gent gran (de 65 anys o més) constitueixen el **grup d'edat que augmenta més aviat al món**. A Europa, ja ens enfrontam a un repte considerable a l'hora de secundar i atendre aquestes persones. A mesura que l'esperança de vida continua augmentant, el paper de la gent gran en les societats i les economies és més important.

Les noves mesures d'envelliment de la població es basen més en l'edat prospectiva (anys de vida restants), amb un llinard dinàmic de «vellesa» que augmenta progressivament a mesura que ho fa també l'esperança de vida. Així doncs, la longevitat augmenta els nostres anys de vida alhora que endarrerix l'envelliment, encara que aquest fet és clarament desigual en funció de l'àrea geogràfica i dels condicionants socioeconòmics i sanitaris dels països.

Però la longevitat, que en principi és una clara conquesta humana, pot arribat a ser un problema greu, si no actuem per garantir els entorns i cures adequats que requereix la gent gran, que, com hem vist, seran encara moltes més persones i tindran un pes proporcional evident en les poblacions de tots els països.

El gran increment de l'esperança de vida i el fort descens de la natalitat ens mostren i avancen un escenari de transformació profunda de l'estructura i del funcionament de la societat. El **canvi demogràfic** és un repte tan cert com el canvi climàtic, però no és percebut de la mateixa manera com aquest darrer, ni en la urgència ni en els reptes als quals ens enfronta.

Les tendències demogràfiques creen reptes inèdits per a tota la població, especialment per als governs de totes les nacions i Estats del món. La gent gran sovint és objecte de

discriminació i abús perquè és considerada més vulnerable. Així mateix, hi ha la creença, estesa en amplis sectors de la població, que aquest col·lectiu no té el valor pragmàtic i la importància en un món com l'actual, caracteritzat per un desenvolupament tecnològic accelerat i fortament globalitzat. El ràpid creixement del nombre de persones grans és una crida urgent a reconsiderar els seus drets i rols en el nostre món.

3. Drets humans per justícia

Els drets humans suposen «havers» que constitueixen els principis de la justícia. Aquests béns són fruit d'un llarg procés d'evolució social. Contenen en si mateixos l'essència del que és o hauria de ser l'existència humana. Per això, la situació justa seria que tothom posseís aquests havers o, el que és el mateix, gaudís dels drets humans en plenitud.

Entre les consideracions del preàmbul de la Declaració Universal dels Drets Humans de les Nacions Unides, citem la primera:

«Considerant que el respecte a la dignitat inherent a tots els membres de la família humana i als drets iguals i inalienables de cadascun constitueix el fonament de la llibertat, de la justícia i de la pau del món. [...] Proclama aquesta Declaració Universal dels Drets Humans com l'ideal comú que tots els pobles i totes les nacions han d'assolir a fi que totes les persones i òrgans de la societat, tenint aquesta Declaració sempre present a l'esperit, s'esforcin a promoure el respecte d'aquests drets i d'aquestes llibertats mitjançant l'ensenyament i l'educació, i assegurar amb mesures progressives d'ordre nacional i internacional llur reconeixement i aplicació universals i efectius, tant per part dels estats membres com dels territoris que jurídicament en depenen»

Però una succinta mirada al nostre voltant, pròxim i llunyà, ens permet deduir que no totes les persones tenen els mateixos drets o no en gaudeixen, com a efecte d'una cosa aliena a la seva voluntat. Qui no vol tenir drets? Totes les persones hi apel·lem, els desitgem i reclamem, perquè entenem que és just que tots puguem gaudir d'aquesta igualtat de drets proclamada a la Declaració Universal, independentment del nostre origen, raça, gènere, credo o edat.

La consideració especial envers els drets de la gent gran no ha estat garantida fins fa relativament poc temps en les recomanacions i tractats entre organismes internacionals, com el Consell d'Europa. Aquestes recomanacions i acords més detallades sobre els drets de la gent gran estan basats en les premisses fonamentals establertes en la Carta de les Nacions Unides i en la Declaració Universal dels Drets Humans, a l'article 25, paràgraf 1, de la qual s'estableix que:

«Tota persona té dret a un nivell de vida que assegurï la seva salut, el seu benestar i els de la seva família, especialment quant a alimentació, vestit, habitatge, atenció mèdica i als serveis socials necessaris; tota persona té dret a la seguretat en cas de desocupació, malaltia, invalidesa, viduïtat, vellesa o en altres casos de pèrdua dels mitjans de subsistència a causa de circumstàncies independents de la seva voluntat».

Els drets de la gent gran poden dividir-se en tres categories: protecció, participació i imatge.

- La protecció es refereix a la seguretat física, psicològica i emocional de la gent gran pel que fa a la seva particular vulnerabilitat enfront de l'abús i el maltractament.
- La participació es refereix a la necessitat d'establir un paper més rellevant i més actiu de la gent gran en la societat.
- La imatge es refereix a la necessitat de definir una idea més positiva i menys degradant i discriminatòria sobre el que la gent gran és i pot fer.

Emanats de la Declaració Universal dels Drets Humans, es poden destacar els drets següents:

- Dret a la seguretat, particularment important perquè la gent gran és més vulnerable.
- Dret a l'atenció mèdica. Encara que actualment hi ha molts països que tenen sistemes universals d'atenció mèdica, comencen a evidenciar la sobrecàrrega d'una població gran que augmenta i a qüestionar com mantindran aquests sistemes en el futur.
- Dret a un nivell de vida adequat. Sovint es veu afectat, en el cas de la gent gran, perquè hi ha molts de països que no disposen d'un sistema de pensions dignes.
- Dret a la no discriminació. La gent gran no hauria de ser considerada com a inútil per a la societat només perquè una part, en situació de dependència, necessiti més atenció i cura.
- Dret a la participació. Amenazat sovint a causa de les imatges negatives que les societats tenen de la gent gran. Amb freqüència, la gent gran no té les mateixes oportunitats que els altres per ser membre actiu de la societat, perquè no està en etapa laboral «productiva».
- Dret a ser lliures de la tortura o del tracte cruel, inhumà o degradant, que sovint també és amenaçat en la gent gran, atès que n'hi ha que s'aprofiten de la situació de vulnerabilitat. Les persones d'edat avançada, particularment les dones, sovint són víctimes de l'abandonament i de l'abús físic i psicològic. A més, durant les crisis humanitàries, els refugiats de més edat són amb freqüència víctimes de la tortura i de l'abús que també pateix la resta de la població civil.

Finalment, cal fer ressaltar que **les dones grans són el grup més exposat al perill de perdre els seus drets**. En general, històricament les dones han estat i continuen sent més vulnerables a la violència a causa de la seva posició tradicionalment subordinada a l'home en la majoria de les cultures. Unit a la imatge negativa que moltes persones tenen de la gent gran, el fet de ser dona pot significar ser una persona particularment susceptible de patir violència i abús perquè és doblement «maleïda» (per ser dona i ser gran). Considerant que, en percentatge mundial, el 55 per cent de la gent gran són dones i que, en les edats més avançades, ho són el 65 per cent, s'ha d'atorgar una consideració especial a la influència de ser dona gran en la probabilitat de patir violació dels drets i abús. És, doncs, imprescindible desenvolupar de manera efectiva mesures d'igualtat en tots els àmbits, dedicar una protecció especial a les dones grans a tots els països i també més esforç per assolir tots dels drets enumerats.

4. Discriminació: principal barrera per als drets de la gent gran

4.1. Discriminació, estereotips i prejudicis

La discriminació és l'acte de «donar un tracte desigual a una persona o col·lectivitat per motius racials, religiosos, polítics, de sexe, d'edat, de condició física o mental, etc.» (Diccionari de la Reial Acadèmia Espanyola, RAE). La discriminació pot ser positiva o negativa. Evidentment, ens referirem a la discriminació negativa com la principal barrera o oponent al gaudi efectiu dels drets humans en les persones grans.

La **discriminació** pot practicar-se de manera directa o indirecta. La directa es caracteritza per la intenció de discriminar una persona o un grup. La discriminació indirecta es produeix quan una disposició, criteri o pràctica aparentment neutra representa un desavantatge d'un grup determinat enfront d'uns altres. La discriminació indirecta està sovint més generalitzada i és més difícil de provar que la directa.

La discriminació social o estructural es basa en la manera com la nostra societat està organitzada. El propi sistema situa en desavantatge uns certs grups de persones. La discriminació estructural funciona a través de normes, rutines, patrons de comportament i actituds considerats obstacles per aconseguir una veritable igualtat d'oportunitats. La discriminació estructural es manifesta sovint com a prejudici institucional, mecanismes que constantment operen a favor d'uns grups o col·lectius i que en discriminen uns altres.

Un **estereotip** és una creença generalitzada o opinió sobre un grup determinat de persones. La funció principal dels estereotips és reduir i simplificar la realitat. Es basen generalment en alguns tipus d'experiències personals o en les impressions que hem

adquirit durant la infància, durant la socialització amb les persones adultes que ens envolten a la llar, a l'escola o a través dels mitjans de comunicació, que després es generalitza a totes les persones amb les quals podrien estar relacionades.

Un **prejudici** és un judici, generalment negatiu, que fem respecte d'una altra o d'altres persones sense conèixer-les realment. Com els estereotips, els prejudicis s'aprenen com a part del procés de socialització. Una diferència entre un estereotip i un prejudici és que, quan disposam d'informació suficient sobre una persona o una situació particular, eliminam l'estereotip. Els prejudicis funcionen com una pantalla a través de la qual percebem qualsevol porció de la realitat. En general, la informació en si mateixa no és suficient per eliminar un prejudici, atès que aquest canvia la nostra percepció de la realitat; processam la informació que confirmen els nostres prejudicis i deixam d'observar o «oblidam» tot el que s'hi oposa. Els prejudicis són, per tant, molt difícils de superar; si es contradiuen amb fets, sovint preferim negar els fets que qüestionar el nostre prejudici.

La discriminació, que sovint és el resultat dels prejudicis que tenim, fa que els qui la pateixen se sentin impotents. No els permet convertir-se en persones i ciutadans actius ni que participin en el desenvolupament de les seves habilitats. A més, en molts de casos, impedeix que tinguin accés a béns i drets, de vegades bàsics i vitals, com la salut, l'educació, el treball, l'habitatge o les cures.

4.2. La vellesa com a espai paradigmàtic de discriminació, estereotips i prejudicis

L'edat és una de les causes principals de discriminació en el món. Hi ha entesos que diuen que és la tercera causa més comuna de discriminació en el món; és un problema cultural de llarga trajectòria. La societat té una sèrie de concepcions negatives de la vellesa: l'associa exclusivament a l'etapa de declivi vital, per la qual cosa la considera una etapa caracteritzada per la deterioració cognitiva, la malaltia física i la incapacitat funcional. Aquestes representacions pejoratives influeixen en la conducta que els altres mantenim envers les persones grans, de manera que integren els estereotips inculcats socialment.

4.2.1. La pandèmia de la COVID-19 com a punt d'inflexió

Totes les persones hem estat testimonis, en més o menys mesura, del fet que amb la pandèmia s'ha restat valor a les persones de més edat. S'ha arribat a normalitzar un discurs darwinista de restar importància a la defunció de moltíssimes persones grans i de justificar com a «mal menor» el fet que la pandèmia s'hagi acarnissat amb elles («millor que es morin les persones més velles que la resta») i, fins i tot, que això hagi estat poc rellevant perquè la gent gran ja ha tingut una vida llarga. Curiosament, en aquesta pandèmia s'han pogut observar també actituds discriminatòries per edat amb

la població jove, la qual ha està qualificada generalment d'irresponsable i de tenir poca consciència. La pandèmia de la COVID-19 ha eixamplat la bretxa entre generacions, no solament per motius sanitaris, sinó també per les conseqüències que la crisi econòmica originada per l'emergència sanitària ha tingut sobre la pèrdua d'ocupació. La població jove ha estat una gran perjudicada, perquè ja es trobava, especialment al nostre país, en una situació de gran desocupació i precarietat laboral. Les conseqüències d'aquesta bretxa generacional són encara impredecibles i els efectes sobre la imatge que es té de la gent gran seran mals de superar.

L'allau informativa mediàtica durant tants de mesos en els quals l'objectiu gairebé únic d'informació ha estat l'evolució de la pandèmia, unida a la necessitat peremptòria de «consumir» constantment aquesta informació (molt sovint ha estat l'única disponible en els mitjans) ha donat peu a comprovar el tractament mediàtic envers les persones de més edat. La vinculació del grup de persones més grans a la deterioració de les capacitats funcionals i a tòpics de fatalitat, malaltia, passivitat, dependència i vulnerabilitat social ha «impregnat» tota la societat d'una visió encara més negativa de la vellesa, que ha esdevingut sinònim de dependència, fragilitat, incapacitat i necessitat de tutela externa. Els mitjans de comunicació han estat, en general, clars exponents d'aquesta visió i responsables del seu trasllat massiu a la societat. La **simplificació de la realitat**, una de les característiques dels estereotips socials, ha «pres la part pel tot» i ha estandarditzat i homogeneïtzat la condició negativa de «ser gran» a tot el grup poblacional de la gent gran.

Enfront d'aquest fenomen de propagació d'una imatge essencialment negativa de la vellesa —gairebé es pot qualificar de maltractament— hem pogut comprovar, per contra, que s'alçaven més i més veus per reclamar dignitat per a la gent gran i apel·lar al seu paper important i a l'aportació positiva de la seva vida i experiència per a la societat com a valors intrínsecs de la seva identitat.

4.2.2. Edatisme

El terme «edatisme» fou encunyat el 1968 pel gerontòleg i psiquiatre Rober Butler, el qual el definí com el conjunt de tres elements: les actituds envers les persones grans, l'edat avançada i el procés d'envelliment. Aquest terme ha estat assumit per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) per definir l'acció d'estereotipar i discriminar persones o col·lectius per motius d'edat.

L'esperança és que cada vegada hi ha més sensibilització sobre l'existència d'edatisme i que aquesta actitud discriminatòria es pot experimentar en qualsevol etapa de la vida. Recentment, l'OMS feia referència a la importància de frenar la discriminació per edat en la societat, la qual cosa pot ser un indicador del naixement d'un moviment global contrari a l'edatisme. El seu «Informe mundial sobre l'edatisme» estableix un

marc d'acció per reduir-lo i inclou recomanacions específiques per a diferents actors (governos, agències de l'ONU, organitzacions de la societat civil, sector privat). Reuneix la millor evidència disponible sobre la naturalesa i magnitud de la discriminació per edat, els seus determinants i impacte. Descriu quines estratègies funcionen per prevenir-la i contrarestar-la, identifica bretxes i proposa línies de recerca futures per millorar el nostre coneixement al respecte.

Fent un paral·lelisme amb el masclisme, aquest terme defineix l'actitud i la visió discriminatòria envers la dona, fortament arrelades en la societat. El masclisme que es percep i veu en actituds quotidianes, llenguatge, comportaments i estereotips de manera velada, inconscient i socialment acceptada, origina els anomenats «micromasclismes», referits a la referència causal de moltes d'aquestes situacions i actituds a les quals no es dona importància. Amb l'edatisme succeeix el mateix i s'origina els «microedatismes», dels quals no som conscients, però que operen de manera automàtica i inconscient en molts judicis, valoracions i actituds quotidianes envers les persones de més edat.

L'edatisme impregna bona part de les referències socials a la gent gran i condiona l'actitud i el comportament general que s'adopta envers ella. Consideren les persones grans éssers «menors d'edat», incapaces, de reflexos lents, mancades de capacitat d'adaptació, i condicionades per la seva fragilitat física i mental. Els termes «paternalistes» i infantils amb els quals sovint es fa referència a aquest grup d'edat es fan especialment evidents en el llenguatge. El terme «els nostres avis» és usat per molta gent en l'àmbit privat i, cosa que és més greu, en el públic. Gent de la política, administracions públiques, mitjans de comunicació, empreses i institucions fan un ús exhaustiu d'aquest terme a l'hora de referir-se a la gent gran. Ens imaginam un polític o periodista parlant dels «nostres adults» per referir-se a les persones que no són grans? Per tercera vegada en aquestes línies, comprovam que també aquest adjectiu possessiu es fa servir per referir-se a la infància i joventut. Malgrat la bretxa generacional, les persones joves i les grans no estan tan allunyades pel que fa a la seva discriminació i estereotipatge social.

L'edatisme, en definitiva, fa possible que hi hagi **fractures i «bretxes» socials** i impedeix que les persones grans accedeixin en condicions d'igualtat als drets humans. Les converteix en éssers incapaços, els furta el dret a ser persones autònomes, a decidir per si mateixes, a tenir veu pública i política, a expressar les seves necessitats, i a ser escoltades i tingudes en consideració com a ciutadans de ple dret. Superar l'edatisme és la principal fita per canviar de mentalitat i viure en un nou paradigma de relacions socials justes i igualitàries.

4.2.3. La digitalització com a exponent de la bretxa generacional

El fenomen de l'anomenada «digitalització» és relativament nou en la nostra societat i l'exponent més clar de la velocitat de l'avanç del desenvolupament tecnològic. Ja hi

ha poques coses que quedin fora de l'àmbit digital i al seu entorn es produeix una autèntica revolució basada en les tecnologies de la informació i la comunicació i del maneig de dades.

Totes les persones som conscients que «el món digital ha arribat per quedar» i cada vegada abasta més sectors, activitats i iniciatives econòmiques i socials. Als indubtables avantatges i oportunitats que té s'hi sumen massivament les societats de tot el món (encara que tampoc en igualtat d'oportunitats). En poc temps, la interacció amb dispositius, funcionalitats i interfícies telemàtiques ha passat de ser una opció a convertir-se en una necessitat en qualsevol àmbit. Els esforços d'aprenentatge i de capacitat digital es veuen clarament i ràpidament recompensats per l'accés a beneficis, avantatges i oportunitats de tota mena.

Però aquest és un àmbit en el qual també comprovam que s'ha originat una **bretxa generacional** important, la qual, al marge del que inicialment pogué resultar anecdòtic, provoca un accés desigual a drets com ara el de la informació, dels serveis i dels productes. La rapidesa vertiginosa del desenvolupament tecnològic, la ràpida caducitat i obsolescència d'instruments i de procediments «deixa fora» amplis sectors de la població, entre els quals hi ha, una vegada més, però no exclusivament, les persones grans. També en aquest àmbit, la pandèmia ha accelerat la implantació de procediments i processos, i ha evidenciat les diferents «velocitats» per accedir-hi i gaudir-ne.

A principi de 2022, un metge jubilat va fer una petició pública de signatures per reclamar a la banca un tracte digne, respectuós i que respongui a les necessitats de les persones grans, tot en resposta a un eslògan que ja s'ha convertit en referència: «Som gran, no idiota». Aquesta petició captà en temps rècord prop de 700.000 signatures i esdevingué el detonant perquè afloràs un sentiment de descontentament, fàstic i reivindicació de dignitat per part de la gent gran i de la societat que s'ha sumat a aquesta demanda. La petició ha obert la porta de l'agenda pública a la realitat en la qual viuen moltes persones grans i al sentiment de discriminació que tenen en una societat que «no els escolta ni els atén». De l'àmbit concret de la banca, en el qual ha irromput socialment, aquest clam aviat s'ha estès a altres sectors econòmics i a les administracions públiques com a proveïdores de serveis bàsics als quals les persones grans, com qualsevol altre ciutadà, tenen dret.

La incorporació de la gent gran a la digitalització necessita un **període de transició** que salvaguardi el seu dret a l'accés a serveis i béns en igualtat d'oportunitats, i que permeti la coexistència temporal de l'àmbit digital amb el presencial perquè ningú no quedi enrere. Això és especialment rellevant quan es tracta del dret a l'accés a serveis públics o bàsics.

La formació de la gent gran per a la seva capacitat digital ha de partir necessàriament de la seva situació personal, dels coneixements, de l'entorn i de les necessitats, tot evitant models formatius allunyats de la seva realitat. D'altra banda, els dispositius, aplicacions i interfícies han de ser accessibles, d'ús senzill i amb estàndards definits i garantistes. Això evitarà la defecció enfront de les tecnologies de la comunicació i, per tant, que en quedi exclosa.

5. El camí envers la plenitud de drets per a la gent gran

Han passat 40 anys des de la I Assemblea Mundial sobre l'Envel·liment de les Nacions Unides, que tingué lloc a Viena el 1982, i 20 anys des de la II Assemblea Mundial, celebrada a Madrid el 2002. En tots aquests anys, s'han escrit i publicat molts de documents, informes, llibres blancs, verds i estudis sobre la situació de les persones grans. Però el que calen són accions. Perquè parlem de drets i els drets s'exigeixen.

Encara que hem avançat socialment en tot aquest temps i hem assolit fites, el canvi demogràfic és un procés que continua avançant cap a societats més longeves i amb més persones d'edat. Queden molts reptes per aconseguir per canviar realment de paradigma, la qual cosa ha de suposar canvis socials i sistèmics molt importants.

Els Objectius de desenvolupament sostenible, el Decenni de l'envelliment saludable 2021-2030, els informes, programes i recomanacions de l'ONU, marquen a través de l'OMS el camí que han de seguir els governs i actors socials. Exemple d'això és el Programa de l'OMS de ciutats i comunitats amigables amb la gent gran (a Espanya, és coordinat per l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials-Imsero), el qual, centrat en el protagonisme de les persones grans, propugna la seva intervenció i «mirada» en les polítiques i en els plans d'acció dels municipis, atès que són les instàncies administratives més pròximes als ciutadans, en un disseny de revisió i millora constant d'entorns, de serveis i condicions de vida per fer-los «amigables» a la gent gran i, per tant, per a totes les edats.

Fa falta fer una passa més i aconseguir aprovar la **Convenció internacional sobre els drets de les persones grans**, instrument de dret internacional dels drets humans destinada a protegir específicament els drets i la dignitat de la gent gran a tot el món.

Després de molts anys de desídia davant aquesta petició, especialment per part dels països de la Unió Europea, sembla que s'obri una esclatxa d'esperança després de l'experiència viscuda a tot el món a conseqüència de la pandèmia de la COVID-19, que ha permès fer visible la fragilitat social dels drets de la gent gran i la necessitat de pronunciar-se clarament a favor de la seva dignitat, defensant els drets humans de tothom al llarg de tota la vida.

Al nostre país es va constituir, l'octubre de 2013, la Mesa Estatal per a la Convenció de les Nacions Unides dels Drets de les Persones Grans, de la qual forma part la Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya (UDP).

Està constituïda per les principals entitats del tercer sector relacionades amb la defensa dels drets humans i l'acció social, amb especial atenció a les persones grans, i està unida al moviment existent en 57 països per reclamar una Convenció de les Nacions Unides dels drets de les persones grans.

La seva missió és defensar els drets de la gent gran enfront d'abusos o de violència; lluitar contra la discriminació per edat; fer visible aquest col·lectiu en l'actual sistema de protecció de drets humans, i destacar les contribucions positives que fa a les famílies i a la societat en general.

Per a això, la Mesa secunda fermament l'elaboració, l'adopció, la ratificació i la implementació d'una Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de la gent gran, la qual proporcionaria un marc legal més clar i ajudaria els governs, el sector privat, la societat civil i altres sectors en la presa de decisions adreçades de manera positiva a la població de més edat, a eliminar la discriminació per edat, a protegir més bé els drets de les dones i els homes grans, i el respecte a la seva dignitat.

Referències bibliogràfiques

Bravo-Segal, S. i Villar, F. (2020). La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 55(5), 266-271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002>

Consell d'Europa (2005). *Educación Pack "Todos diferentes, todos iguales", "Ideas, recursos, métodos y actividades informales de educación intercultural con jóvenes y adultos"* (edició revisada).

Consell Superior d'Investigacions Científiques (CSIC). Centre de Ciències Humanes i Socials (CCHS) (2020). Un perfil de las personas mayores en España 2020. *Informes Envejecimiento en Red*, 25.

Diari Oficial de la Unió Europea (15/01/2013). *Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la "Implicación y participación de las personas mayores en la sociedad"* (dictamen d'iniciativa). Recuperat de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012IE1526&from=ES>

García, J. M. (2014). ¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 148, 39-60. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.148.39>

Institut Nacional d'Estadística, INE (2022). Cifras de población / Indicadores demográficos básicos. Datos provisionales a 1 de enero de 2022. Recuperat de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ulti-Datos&idp=1254735572981

Institut Nacional d'Estadística, INE (2020). Tablas de mortalidad proyectadas 2020-2069. Recuperat de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=36775&L=0>

Mesa Estatal por la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas Mayores. *Manifiesto*. Recuperat de <https://helpage.wixsite.com/derechosymayores/manifiesto>

Organització de les Nacions Unides, ONU (16 de juliol de 2022). *Desafíos globales. Población*. Recuperat de: <https://www.un.org/es/global-issues/population>

Organització de les Nacions Unides, ONU (16 de juliol de 2022). *Carta de las Naciones Unidas*. Recuperat de: <https://www.un.org/es/about-us/un-charter>

Organització de les Nacions Unides, ONU (16 de juliol de 2022). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperat de: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Organització de les Nacions Unides, ONU (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>

Autors

ANTONI SERRATOSA SERDÀ

Ripoll (1949). Topògraf i diplomad en Relacions Públiques. Director del Gabinet de la Secretaria d'Estat de Serveis Socials (de juny de 2018 a octubre de 2018). Vicepresident de la Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya (UDP) des de 2021 i membre del Consell Estatal de les Persones Majors des de 2022.

CRISTINA RODRÍGUEZ-PORRERO MIRET

Madrid (1949). Llicenciada en Filosofia i Lletres, secció Psicologia. Especialitats de Psicologia Clínica i Psicologia Industrial per la Universitat Complutense de Madrid. Directora del Centre de Referència Estatal d'Autonomia Personal i Ajudes Tècniques (CEAPAT) 1994-2014. Vocal de Relacions Institucionals de la Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya (UDP) des de 2021 i membre del Consell Estatal de les Persones Majors des de 2022.

CARLOS MARTÍNEZ OZCÁRIZ

Saragossa (1963). Llicenciat en Filologia Hispànica per la Universitat de Saragossa. Director de la Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya (UDP) des de 2016.

**ANÀLISI DE L'EVOLUCIÓ DELS
INDICADORS D'IMPLEMENTACIÓ
DE LA LLEI 39/2006, D'ATENCIÓ A LA
DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS**

Anàlisi de l'evolució dels indicadors d'implementació de la Llei 39/2006, d'atenció a la dependència a les Illes Balears

Gregorio Molina Paniagua
Lluc Nevot-Caldentey

Resum

En aquest article es planteja una anàlisi de l'evolució dels principals indicadors de l'evolució del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència a les Illes Balears. Les dades analitzades mostren una tendència a l'alça tant en les persones en situació de dependència com en el nombre de sol·licituds i de prestacions i serveis. L'increment dels recursos que fan falta per afrontar les tendències actuals i les previsions de creixement de les persones que necessiten suport per aconseguir les activitats bàsiques de la vida diària, ens indiquen que s'han de fer canvis en els plantejaments del sistema d'atenció a la dependència, per garantir tant la sostenibilitat com la cobertura d'aquest dret subjectiu, reflectit a la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

Resumen

En este artículo se plantea un análisis de la evolución de los principales indicadores de la evolución del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en las Islas Baleares. Los datos analizados muestran una tendencia al alza tanto en las personas en situación de dependencia como en el número de solicitudes y de prestaciones y servicios. El incremento de los recursos que se requieren para afrontar las tendencias actuales y las previsions de crecimiento de las personas que necesitan apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria, nos indican que se tienen que hacer cambios en los planteamientos del sistema de atención a la dependencia, para garantizar tanto la sostenibilidad del mismo como la cobertura de este derecho subjetivo, reflejado en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

1. Introducció

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD), defineix la dependència, com:

Un estat de caràcter permanent, produït per raons derivades de l'edat, malaltia o discapacitat, i vinculat a la manca o la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, i implica que les persones requereixen ajudes per executar les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), que són aquelles que permeten a la persona desenvolupar-se amb un mínim d'autonomia i independència, com ara: la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, el reconeixement de persones i objectes, l'orientació... (p. 9)

La dependència troba els orígens en factors com l'edat, la malaltia i la discapacitat; factors que ens indiquen que el nombre de dependents es multiplicarà, fonamentalment, per l'evolució de l'envelliment poblacional, que no atura d'anar en augment.

Per facilitar una definició dels graus de dependència, caldrà fer referència a l'article 26 de la LAPAD, el qual estableix la classificació de les situacions de dependència en:

1. Grau I de dependència: quan la persona requereix suport per a l'execució de diverses activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) almenys un cop al dia, o bé presenta necessitats de suport intermitent o limitat per a la seva autonomia personal.
2. Grau II de dependència: quan la persona ha de menester suport no permanent per a realitzar diferents ABVD, o bé presenta necessitats de suport extens per al manteniment de l'autonomia personal.
3. Grau III de dependència: quan la persona requereix ajuda per al desenvolupament de diverses ABVD diverses vegades al dia i, per la manca total d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessita el suport indispensable i continu d'una altra persona o té necessitats de suport generalitzat per a la seva autonomia personal.

Així doncs, observant la fotografia de la situació de dependència a les Illes Balears el mes de maig de 2022 (DGAD, 2022), veiem com de 10.011 persones amb grau I, 7.459 tenien 65 anys o més, el 74,51%; i d'aquestes, 4.975, el 49,70% del total, 80 anys o més; de 8.730 persones amb grau II, 6.302 tenien 65 o més anys, o el 72,19% del total de persones amb dependència; i d'aquestes, 4.438, el 50,84% del total, tenien 80 anys o més; i, finalment, veiem que de 6.728 persones amb grau III, 5.137 tenien 65 o més anys, o el 76,35%; i d'aquestes, 3.909 persones, el 58,10% del total, tenien 80 o més anys.

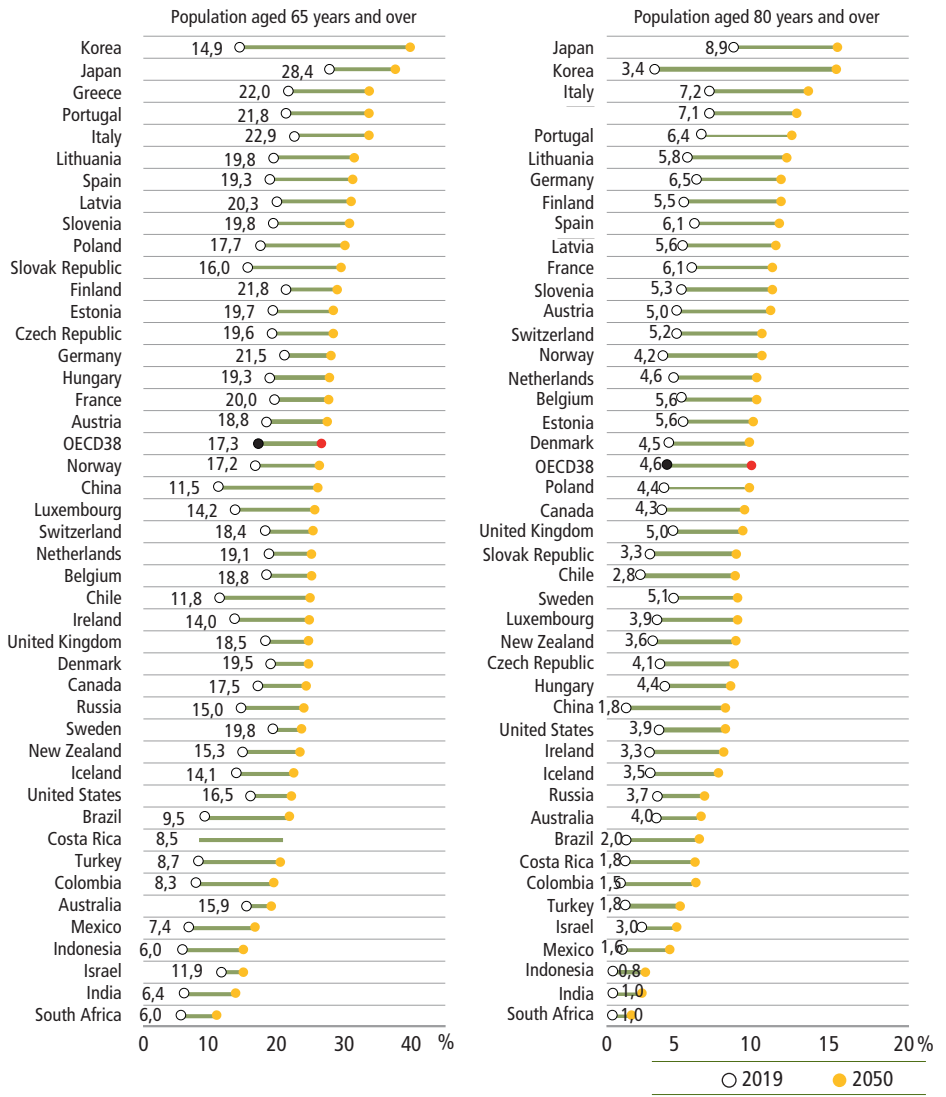
Taula 1 | *Proporció de la població de 65 anys o més i de 80 anys o més en funció del grau*

Maig 2022	0-64	65-79	≥ 80	≥ 65	Total	% >65 s/total	% >80 s/total
I	2.552	2.484	4.975	7.459	10.011	74,51	49,70
II	2.428	1.864	4.438	6.302	8.730	72,19	50,84
III	1.591	1.228	3.909	5.137	6.728	76,35	58,10
Total	6.571	5.576	13.322	18.898	25.469	74,20	52,31

Si analitzem les dades, veurem que la major part de les persones en situació de dependència (entre el 74% i el 77%) tenen 65 anys o més i que, endemés, del total de persones en situació de dependència, entre el 50% i el 60%, tenen 80 anys o més. Per tant, com més incrementi l'esperança de vida o l'envelliment poblacional, trobarem més necessitats de suport entre la població.

Segons l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE), l'esperança de vida se situava, el 1970, en 70 anys, i just abans de la pandèmia ja assolida els 81 (83,9 a Espanya); xifra que, endemés, s'espera que tendeixi a l'alça (OCDE, 2021a).

Gràfic 1 | Representació de la proporció el 2019 i de les projeccions el 2050 de les persones de 65 anys o més i de 80 anys o més



Nota: Font: OCDE (2021b). A la figura esquerra, es representa la proporció de població de 65 anys o més, i a la figura dreta, la proporció de població de 80 anys o més. Els punts de color blanc representen aquesta proporció el 2019, mentre que els punts de color taronja representen la projecció de la població el 2050.

Segons l'INE (2022a), els més grans de 65 anys, que suposaven el 9% de la població el 1960, ja representen, a les Illes Balears, el 17,3% (19,3% a Espanya). S'espera que suposin el 26,7% (31,5% a Espanya) el 2050. Els més grans de 80 anys, que són els qui més dependència pateixen, seran més del doble que en l'actualitat (9,8% a les Illes Balears i 11,8% a Espanya; INE, 2022b).

Un element que cal tenir en compte, a part dels anys, és la qualitat de vida d'aquests anys. Eurostat (2022a; 2022b) elabora l'índex que distingeix entre «anys de vida sana» i «anys d'activitat limitada». Segons aquest, el 2020, tant homes com dones podien esperar arribar a 66,3 anys de vida saludable (Eurostat, 2022a). Per tant, i tenint en compte que l'esperança de vida en néixer, segons Eurostat (2022b), era de 79,6 anys en homes i de 85,2 en dones, veiem com quasi 10 anys es viuran amb «activitat limitada», el que podem assimilar com a situació de dependència.

El recorregut passat, present i futur de l'envelliment indica la necessitat de preveure els recursos necessaris per poder garantir la cobertura de les necessitats de les persones en situació de dependència. Per això, esdevé fonamental l'anàlisi de l'evolució seguida per plantejar accions que ens permetin actuar en funció dels resultats i de les previsions. En aquest sentit, aquest article recull l'evolució de les dades sobre el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), des del començament de la implementació efectiva de la LAPAD. S'analitzen dades sobre els apartats següents:

- Comparativa de la panoràmica nacional en relació amb l'autonòmica.
- Les persones en situació de dependència.
- Les sol·licituds i, en conjunt, les prestacions i els serveis.

2. Dades clau sobre dependència en l'àmbit estatal i autonòmic

Atesa la manca d'homogeneïtat quant al tractament de dades entre l'IMSERSO i la Direcció General d'Atenció a la Dependència de la Conselleria d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears, es prenen com a referència, preferentment, les dades del mes de desembre i de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

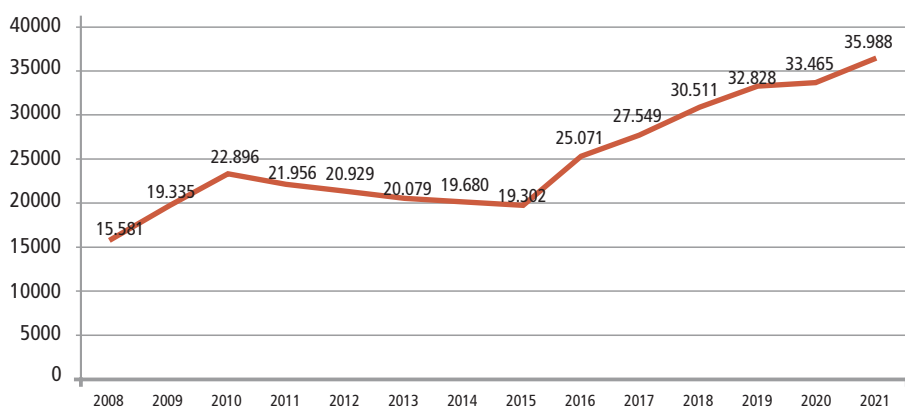
A Espanya el 3,99% de la població sol·licità, segons les dades de registre recollides el desembre de 2021, el reconeixement de la situació de dependència, mentre que a les Illes Balears fou el 3,01%; és la quarta comunitat autònoma amb menys sol·licituds registrades.

Taula 2 | *Estadístiques descriptives de la població i sol·licituds d'Espanya i les Illes Balears*

Variable	Any 2021	% pobl.	Any 2008	% pobl.
Població Espanya	47.385.107		45.200.737	
Sol·licituds Espanya	1.892.604	3,99%	684.525	1,48%
Població Illes Balears	1.173.008		1.030.650	
Sol·licituds Illes Balears	35.988	3,01%	15.581	1,51%

Des de l'any 2008, les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència a les Illes Balears s'han duplicat, passant de les 15.581 a les 35.988 el 2021, un increment de 20.407 sol·licituds (taxa de creixement o TC, calculada amb la fórmula $(q_2 - q_1/q_1) * 100$ —al llarg de l'article, els percentatges que acompanyen la relació entre les dues dades de diferents moments històrics fan referència al càlcul de la taxa de creixement—, del 130,97%). Aquesta dada es correspon amb totes les sol·licituds presentades mentre el titular encara es troba en situació activa, encara que la sol·licitud s'hagi resolt sense grau.

Gràfic 2 | *Evolució de les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència a les Illes Balears*



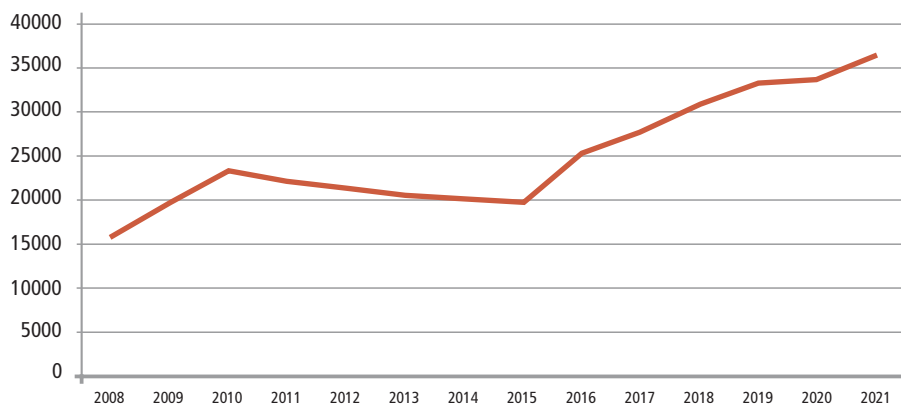
Com es pot comprovar a la sèrie de dades de la taula 3, el creixement del sistema se sosté amb una TC =131% des de 2008, mostrant únicament una disminució al període 2011-2015, en què, en la pràctica, el sistema es va alentir i generà una pèrdua de 2.654 sol·licituds.

Taula 3 | *Evolució de les sol·licituds de la situació de dependència a les Illes Balears*

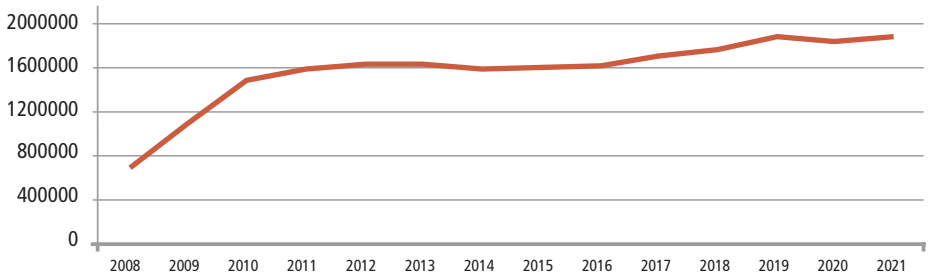
Any	Sol·licituds	Variació anual	Variació acumulada
2008	15.581		
2009	19.335	24,1%	24,1%
2010	22.896	18,4%	46,9%
2011	21.956	-4,1%	40,9%
2012	20.929	-4,7%	34,3%
2013	20.079	-4,1%	28,9%
2014	19.680	-2,0%	26,3%
2015	19.302	-1,9%	23,9%
2016	25.071	29,9%	60,9%
2017	27.549	9,9%	76,8%
2018	30.511	10,8%	95,8%
2019	32.828	7,6%	110,7%
2020	33.465	1,9%	114,8%
2021	35.988	7,5%	131,0%

Des de l'any 2015, el creixement ha estat exponencial, mostrant una TC = 86,45%. S'identifica una tendència actual a l'alça, ja que la variació experimentada entre 2020 i 2021 ha estat del 7,5%, fet que ha suposat un increment de 2.523 sol·licituds, que han passat de les 33.465 de 2020 a les 35.988 de 2021.

Gràfic 3 | *Evolució de la població que sol·licita el reconeixement de la situació de dependència a Balears*



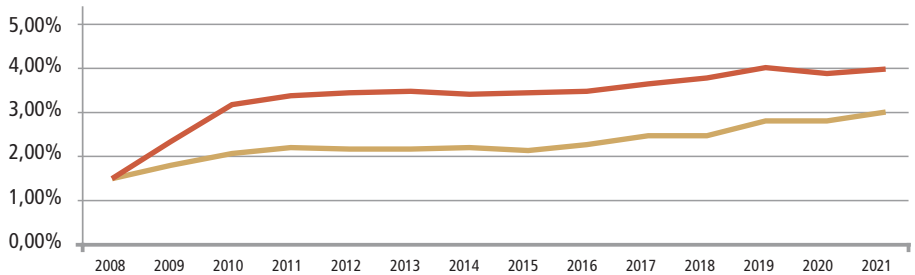
Gràfic 4 | *Evolució de la població que sol·licita el reconeixement de la situació de dependència a l'Estat*



Nota: A la figura 3 es descriu l'evolució a les Illes Balears. A la figura 4, l'evolució a l'Estat espanyol.

En l'àmbit estatal, s'observa també un creixement important, ja que les sol·licituds han passat de 684.525 el 2008 a 1.892.604 el 2021; s'han incrementat en 1.208.079 sol·licituds.

Gràfic 5 | *Evolució del percentatge de sol·licituds respecte al total de la població, a les Illes Balears i a l'Estat espanyol*



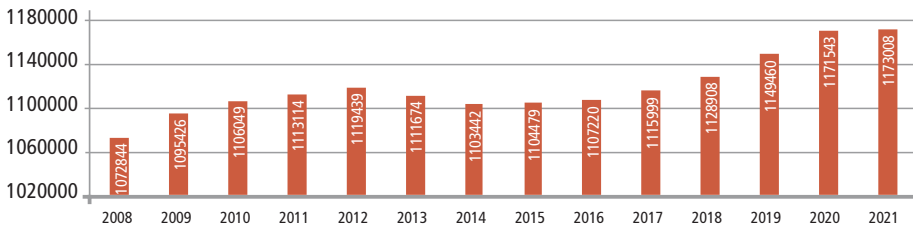
Així i tot, en termes relatius, prenent com a referència les dades de 2008, s'observa que en l'àmbit estatal, quant a sol·licituds, la TC ha estat del 176,48%, mentre que en l'àmbit autonòmic de les Illes Balears ha estat del 130,97%.

3. Dades específiques de les Illes Balears

En aquest apartat es reflecteixen les principals dades respecte a la població de les Illes Balears per anys, entre 2008 i 2021, així com pel que fa a les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, sol·licitants amb dret a prestació i sol·licitants que efectivament reben una prestació.

D'altra banda, hi queden reflectits els percentatges de les sol·licituds respecte a la població total de les Illes Balears per any, i els percentatges de la població beneficiària respecte del total poblacional. S'hi indiquen les distribucions de beneficiaris per grau de dependència i l'evolució del conjunt de prestacions del sistema.

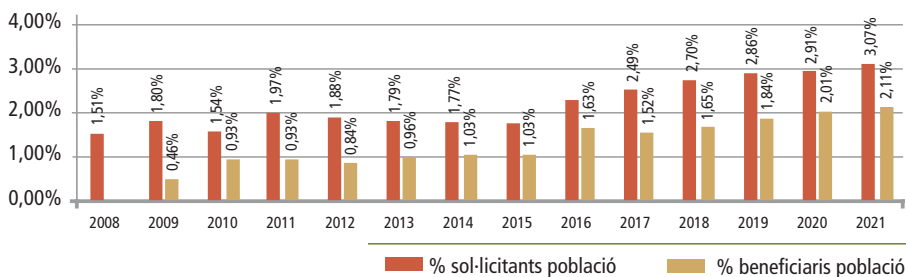
Gràfic 6 | Evolució de la població de les Illes Balears entre 2008 i 2021



Entre 2008 i 2021, la població de les Illes Balears ha experimentat un increment important, especialment entre 2016 i 2021, període en el qual la població ha augmentat en 65.788 persones. El 2021 hi havia un total d'1.173.008 persones a les Illes Balears.

Quant a les sol·licituds, s'observa una tendència a la baixa entre 2010 i 2015; en aquest període han passat de 22.896 sol·licituds a 19.302. S'observa igualment un increment entre 2008 i 2010, en què es passà de 15.581 sol·licituds a 22.896, i entre 2015 i 2021, quan es passà de 19.302 a 35.988 sol·licituds (TC = 86,45%).

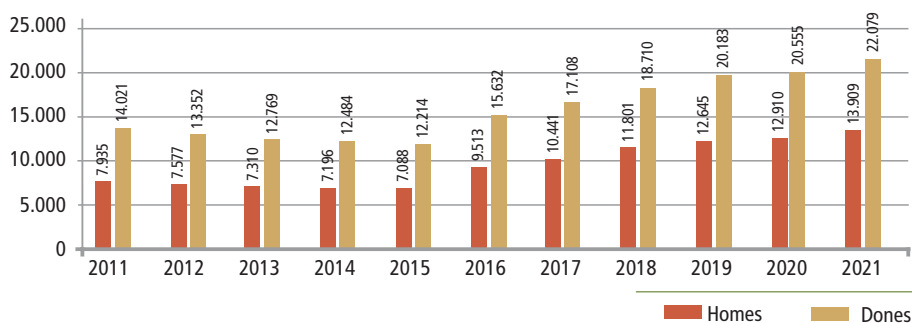
Gràfic 7 | Evolució del percentatge de sol·licitants i de beneficiaris respecte al total de la població de les Illes Balears entre 2008 i 2021



Tot i que s'identifica un descens entre 2011 i 2015 quant al percentatge de sol·licitants respecte al total de la població de les Illes Balears, s'identifica un lleuger increment, en aquest període, quant als beneficiaris (sol·licitants amb prestació), també respecte al total de la població balear.

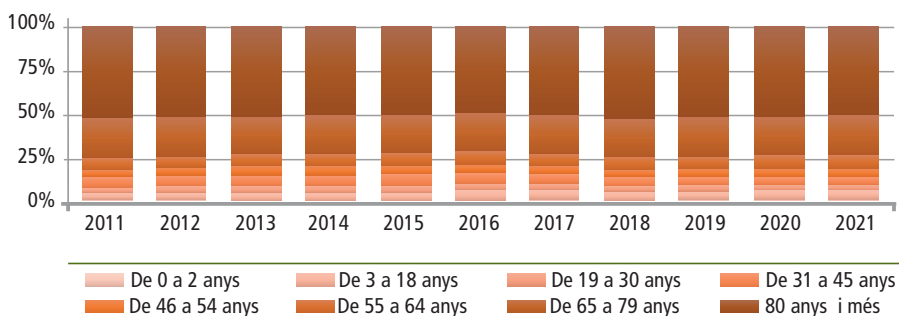
L'increment continuat més gran s'observa entre 2015 i 2021: es passa del 2,27% al 3,07% quant al percentatge de sol·licituds. I, pel que fa als beneficiaris, de 2015 a 2016 es passa de l'1,03% a l'1,63%. El desembre de 2021, el percentatge de sol·licituds quant a la població suposava el 3,07% i el percentatge de beneficiaris respecte a la població, el 2,11%.

Gràfic 8 | *Evolució dels sol·licitants del reconeixement de la situació de dependència per sexe entre 2011 i 2021*



Per sexe, s'identifica una clara predominança femenina entre la població sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència. El 2011 eren 7.935 homes (36,14%) i 14.021 dones (63,86%) sol·licitants, i el 2021 han estat 13.909 (38,65%) homes i 22.079 dones (61,35%). S'observa una progressiva tendència a l'alça en el volum d'homes sol·licitants i a la baixa en el volum de dones.

Gràfic 9 | *Evolució dels sol·licitants per edat entre 2011 i 2021*



Analitzant l'evolució dels sol·licitants per edat, veiem com la proporció de persones de cada franja d'edat s'ha mantingut més o menys estable en el període observat. Els sol·licitants d'entre zero i dos anys han passat de representar el 0,82% a representar el 0,73%; els de tres a 18 anys, del 3,81% al 5,79%; els de 19 a 30, de 3,27% a 3,15%; els de 31 a 45 anys, del 5,79% al 4,62%; els de 46 a 54 anys, del 4,55% al 4,54%; els de 55 a 64 anys, del 6,66% al 7,65%, i els dos col·lectius més predominants han presentat una lleugera tendència a la baixa: els de 65 a 79 anys han passat del 23,23% al 22,90% i els de 80 anys o més, del 51,88% al 50,62%.

Sense considerar el nombre de sol·licituds actives (analitzades anteriorment) i focalitzant l'atenció en les sol·licituds registrades a les Illes Balears any rere any, podem observar com s'han vist incrementades progressivament entre 2014 i 2019. L'any 2020, coincidint amb la declaració de l'estat d'alarma originada per la pandèmia de la COVID-19, patiren una reducció de 2.130.

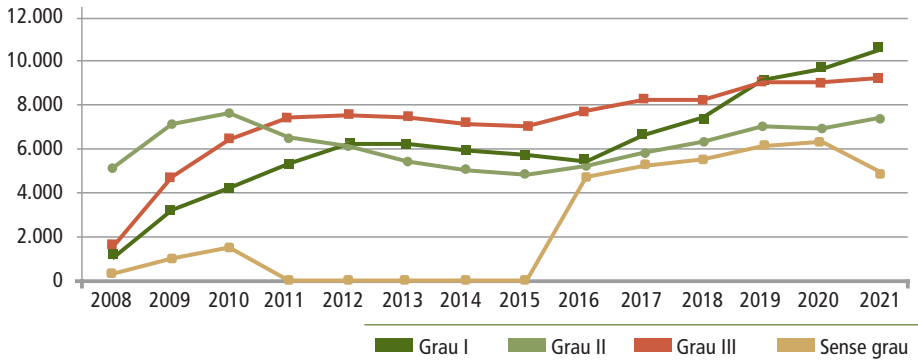
Taula 4 | *Evolució de les sol·licituds de dependència registrades a les Illes Balears per tipus*

Any	Nova sol·licitud		Revisió de grau i nivell		Trasllat CA		Total	Variació
2014	3609	70,0%	1467	28,5%	78	1,5%	5154	
2015	3928	64,0%	2118	34,5%	87	1,4%	6133	19,0%
2016	5024	66,6%	2413	32,0%	104	1,4%	7541	23,0%
2017	6950	69,9%	2883	29,0%	103	1,0%	9936	31,8%
2018	7546	69,7%	3243	30,0%	31	0,3%	10820	8,9%
2019	7848	66,0%	3908	32,9%	136	1,1%	11892	9,9%
2020	5718	64,2%	3186	35,8%		0,0%	8904	-25,1%
2021	8951	66,5%	4502	33,5%		0,0%	13453	51,1%

Així i tot, el volum de sol·licituds repuntà el 2021, amb 8.951 noves sol·licituds i 4.502 sol·licituds de revisió, quan hi havia hagut un increment de 3.035 noves sol·licituds i 5.342 sol·licituds de revisió entre 2014 i 2019. Si bé el 2020 la baixada va ser d'un 25,1% en relació amb 2019, el 2021 va tenir un augment del 51,1% en relació amb 2020.

Per tipologia de dictamen, s'observen tendències similars. Així i tot, el volum de «sense grau» s'incrementà notòriament entre 2015 i 2016, passant dels 62 als 4.790 dictàmens (TC = 7.625,81%).

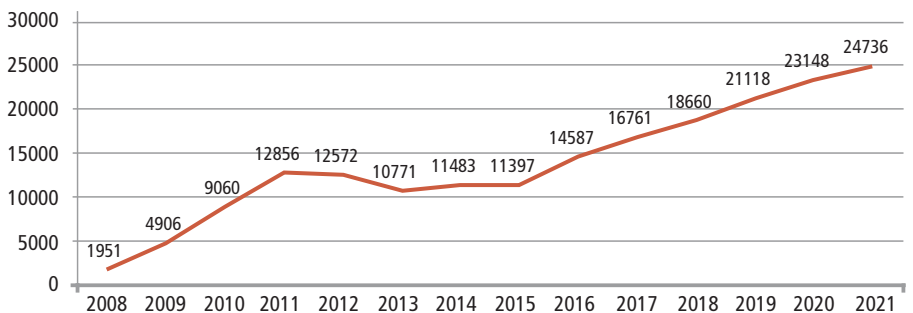
Gràfic 10 | Evolució dels reconeixements de dependència a les Illes Balears per grau entre 2008 i 2021



Els reconeguts com a grau I han passat de 1.117 a 10.602 (TC = 849,15%), els de grau II, de 1.566 a 9.336 (TC = 496,17%), els de grau III, de 5.172 a 7.453, i els sense grau, de 435 a 4.983 (TC = 1.045,52%), entre 2008 i 2021.

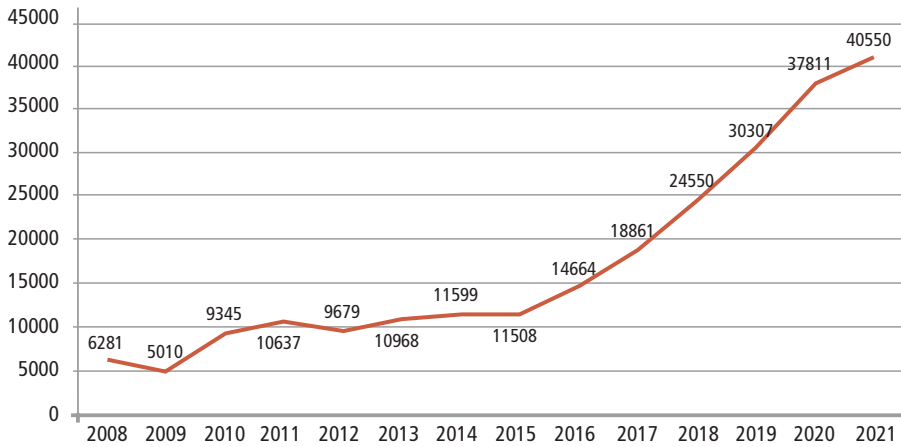
Els sol·licitants que efectivament reben una prestació s'han vist incrementats (TC = 1.167,86%) i han passat de 1.951 el 2008 a 24.736 sol·licitants el 2021.

Gràfic 11 | Evolució dels sol·licitants amb prestació a les Illes Balears entre 2008 i 2021



Una vegada recorregut el panorama de la dependència a les Illes Balears quant als sol·licitants i al seu perfil, passarem a reflectir les dades sobre el volum de prestacions per dependència assignades entre 2008 i 2021 en conjunt.

Gràfic 12 | Evolució de les prestacions del SAAD a les Illes Balears entre 2008 i 2021



S'identifica un creixement important quant al nombre de prestacions per dependència, ja que de les 6.281 assignades el 2008 han passat a ser 40.550 el 2021 (TC = 545,60%).

4. Conclusions

Aquest article s'elabora amb la finalitat de conèixer l'evolució seguida pel sistema d'atenció a la dependència a les Illes Balears al llarg del període temporal que fa que s'implementa.

De la comparativa entre les tendències estatals i autonòmiques s'extreu que a les Illes Balears hi havia un volum més petit de sol·licitants del reconeixement de la situació de dependència en relació amb la mitjana estatal, tot i que s'hi ha hagut d'afrontar un increment important, passant de les 15.581 sol·licituds el 2008 a les 35.988 el 2021; un increment de 20.407 sol·licituds (TC = 130,97% enfront de la TC = 176,48% que és la mitjana estatal).

Específicament en matèria de dependència, s'identifica que a les Illes Balears hi ha hagut un increment important de sol·licituds i de beneficiaris, experimentat sobretot entre el 2015 i el 2021, en què es va passar de 19.302 a 35.988 sol·licituds (TC = 86,45%) i de 13.248 a 27.391 beneficiaris (TC = 106,76%).

De la relació entre els sol·licitants i els beneficiaris amb la població per any de referència, observem una tendència a l'alça també, en ambdós casos, tot i que més marcada en el

cas de les sol·licituds, que passen de l'1,51% de sol·licitants/població, al 3,01% entre 2008 i 2021.

Per sexe, s'identifica una clara predominança femenina entre la població sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència, i analitzant l'evolució dels sol·licitants per edat veiem com la proporció de persones de cada franja d'edat s'ha mantingut més o menys estable en el període observat. En la relació entre l'edat i el sexe, prenent com a comparativa els anys 2011 i 2021, es veu poca variància respecte al perfil del sol·licitant.

Per tipologia de dictamen, s'ha identificat un increment important quant a les persones reconegudes sense grau. Quant a les reconegudes amb grau de dependència, les de grau I han estat les que més han crescut en el període d'anàlisi: han passat de 1.117 a 10.602 (TC = 849,15%).

Des de 2015 també s'han vist incrementats els sol·licitants amb prestació, especialment a causa de la incorporació del dret a l'atenció a les persones amb grau I.

Quant a les prestacions, s'identifica una clara tendència a l'alça en totes.

És possible indicar una tendència a l'increment tant de la població balear, en general, com de les persones que sol·liciten el reconeixement de la situació de dependència i de les que, efectivament, tenen una situació de dependència i que, per tant, són beneficiàries d'algun dels serveis o prestacions prevists a la LAPAD. Es requereixen, llavors, millores en els plantejaments del sistema d'atenció a la dependència balear per fer front a les previsions en matèria de dependència.

Referències bibliogràfiques

Direcció General d'Atenció a la Dependència. Conselleria d'Afers Socials i Esports (2022). *Estadístiques*. Govern de les Illes Balears. <https://www.caib.es/sites/dgdependencia/ca/estadisticas-16345/>

Eurostat (2022a). *Healthy life years statistics*. Eurostat Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics

Eurostat (2022b). *Mortality and life expectancy statistics*. Eurostat Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics#Life_expectancy_at_birth

IBESTAT (2022). *Estadístiques: població. Padró (xifres de població)*. Institut d'Estadística de les Illes Balears. <https://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/poblacio/padro/2acef6cf-175a-4826-b71e-8302b13c1262>

Institut Nacional d'Estadística, INE (2022a). *Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma*. Institut Nacional d'Estadística. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1452#!tabs-mapa>

Institut Nacional d'Estadística, INE (2022b). *Proyección de la población en España. 2020-2070. Resultados por comunidades autónomas: serie 2020-2035*. Institut Nacional d'Estadística. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=36680>

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 299, de 15 de desembre de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/dof/spa/pdf>

OCDE (2021a). *Health at a glance 2021: OCDE Indicators*. Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic. <https://www.OCDE.org/spain/health-at-a-glance-Spain-EN.pdf>

OCDE (2021b). *Demographic trends*. Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic. https://www.OCDE-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/10/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=OCDE&itemContentType=book

Autors

GREGORIO MOLINA PANIAGUA

Capdepera (1974). Diplomant en Educació Social per la UNED i graduat en Educació Social per la Universitat d'Alcalà. Postgrau en Gestió de Residències i Serveis per a Gent Gran per la Universitat Ramon Llull, màster en Direcció i Administració d'Empreses (Executive MBA). Expert universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontologia per la UIB. Vinculat professionalment als serveis socials des de 1994. Ha dirigit centres residencials per a persones grans dependents entre 2007 i 2016. Entre 2017 i 2019 ha estat el director tècnic de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears. Actualment, és el director general d'Atenció a la Dependència de la Conselleria d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears.

LLUC NEVOT-CALDENTY

Manacor (1992). Graduada en Treball Social, màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la Universitat de les Illes Balears (UIB), postgraduada en Intervenció Familiar Sistèmica pel Centre de Teràpia Familiar i de Parella de Barcelona (KINE) i doctora en Educació (UIB). Amb anterioritat, va ser valoradora de dependència per a la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears i treballadora social en 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.

**EVOLUCIÓ DE LES PRESTACIONS I DELS
SERVEIS DEL SISTEMA PER A L'AUTONOMIA
I ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA A
LES ILLES BALEARS**

Evolució de les prestacions i dels serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència a les Illes Balears

Gregorio Molina Paniagua
Lluc Nevot-Caldentey

Resum

En aquest article, es descriu l'evolució de les prestacions i dels serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència a les Illes Balears, des de la implementació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, fins a l'actualitat.

En la seva evolució, destaca un fort creixement de totes les prestacions. Si es compara amb la resta de l'Estat, cal continuar reforçant el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència a les Illes Balears amb recursos i finançament. S'han d'augmentar la quantitat i qualitat dels serveis, pel potencial que tenen de generar ocupació directa i en la taxa de recuperació.

Tenint en compte la relació existent entre edat i dificultat per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària i la situació demogràfica de les Illes Balears, l'atenció a les persones en situació de dependència és i serà un dels reptes principals de les polítiques socials. Implementar sistemes d'avaluació és un requisit per analitzar els resultats dels projectes i processos que s'han posat en marxa, per identificar-ne les àrees de millora, així com els recursos humans i materials necessaris. L'anàlisi dels resultats i necessitats de la població en situació de dependència o en risc de patir-ne ens permetrà afrontar els reptes socials, polítics i demogràfics amb equitat per als ciutadans i amb sostenibilitat.

Resumen

En este artículo se describe la evolución de las prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en las Illes Balears, desde la implementación de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y hasta la actualidad.

En su evolución, destaca un fuerte crecimiento de todas sus prestaciones. Sin embargo, si se compara con el resto del Estado, hay que continuar reforzando el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència a les Illes Balears con recursos y financiación. Hay que aumentar la cantidad y calidad de sus servicios, por su potencial de generar empleo directo y en la tasa de recuperación.

Teniendo en cuenta la relación existente entre edad y dificultad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria y la situación demográfica de las Islas Baleares, la atención a las personas en situación de dependencia es y será uno de los principales retos de las políticas sociales. Implementar sistemas de evaluación es un requisito para analizar los resultados de los proyectos y procesos que se han puesto en marcha, para identificar sus áreas de mejora, así como los recursos humanos y materiales necesarios. El análisis de los resultados y necesidades de la población en situación de dependencia o en riesgo de sufrir esta circunstancia nos permitirá afrontar los retos sociales, políticos y demográficos con equidad para los ciudadanos y con sostenibilidad.

1. Introducció

Segons les dades oficials del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), el primer de desembre de 2008 ja hi havia 15.581 sol·licituds de valoració de la situació de dependència a les Illes Balears. Aquesta xifra ha augmentat un 131,9% i, el 31 de maig de 2022, hi ha 36.137 sol·licituds (IMSERSO, 2022b).

Com s'identifica al mapa del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022a), les Illes Balears no presenten els índexs d'envelliment més elevats de totes les comunitats autònomes espanyoles. En qualsevol cas, el 2021 hi havia 187,36 mil persones de més de 65 anys (15,97% de la població) i s'espera que arribem a les 301,53 mil el 2035 (21,68% de la població) (INE, 2022b). Quant a dependència, el desembre de 2021 hi havia 26.458 sol·licitants de més de 65 anys. Aquesta relació suposa que un 13,71% de les persones que tenen més de 65 anys a les Illes Balears varen sol·licitar el reconeixement de la situació de dependència el 2021.



Figura 1. Mapa representatiu de l'índex d'envelliment per comunitat autònoma.

Nota: El mapa representa l'índex d'envelliment per comunitat autònoma, distribuït per colors i en ordre ascendent (INE, 2022a). El gris fluix representa les comunitats amb l'índex d'envelliment més baix (les Illes Balears i Andalusia), i el gris fort, les comunitats amb un índex d'envelliment més elevat (Galícia i Astúries).

Segons l'«Informe 2016. Gent gran a Espanya», un 20,7% de la població de 65 anys i més té dificultats per fer alguna de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). Aquestes dificultats augmenten amb l'edat. Al grup de 85 anys i més, les limitacions afecten el 53,7% (Fernández, 2017).



Figura 2. Fases clau del procediment d'accés a les prestacions del SAAD.

Tenint en compte la relació existent entre edat i dificultat per fer les ABVD i el nombre de persones grans, l'atenció a les persones en situació de dependència és i serà un dels reptes principals de les polítiques socials dels països desenvolupats, tal com s'assenyala a l'exposició de motius de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD). En aquesta mateixa llei, es defineix la dependència com: «Un estat de caràcter permanent,

produït per raons derivades de l'edat, malaltia o discapacitat, i vinculat a la manca o la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, i implica que les persones necessiten ajuda per fer les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), que són aquelles que li permeten desenvolupar-se amb un mínim d'autonomia i independència, com ara, la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, el reconeixement de persones i objectes, l'orientació...» (Llei 21990, 2006, p. 9).

Per poder accedir al conjunt de prestacions que reconeix la LAPAD, la persona ha de tenir el reconeixement formal de la situació de dependència mitjançant una resolució de grau. La concessió d'aquest dret dona accés als recursos de la cartera de prestacions i serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD).

La dependència, segons l'article 26 de la Llei 39/2006, pot ser de grau I (25-49 punts al barem de valoració de la dependència – BVD, dependència moderada), grau II (50-74 punts al BVD, dependència severa) o grau III (75-100 punts al BVD, gran dependència). El grau reconegut a la persona en situació de dependència determina l'accés als recursos i prestacions del SAAD a les Illes Balears, d'acord al Decret 63/2017, de 22 de desembre, de principis generals dels procediments d'accés als serveis de la xarxa pública d'atenció a la dependència per a gent gran en situació de dependència.

2. La dependència a les Illes Balears

Les Illes Balears han destacat positivament en diversos aspectes vinculats a la gestió de la dependència. El desenvolupament de la LAPAD a les Illes Balears és competència de la Conselleria d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears, en concret, de la Direcció General d'Atenció a la Dependència (DGAD).

El 2020, les Illes Balears lideraren la reducció més gran de la llista d'espera, per sobre de la mitjana espanyola (-2,4 punts i, a les Illes Balears, 10,3 punts). També de les taxes de reposició, en què obtingué un dels millors resultats, amb +11,6%, darrere els resultats de la Comunitat Valenciana (+15,7%) i d'Astúries (+14,8%). A més, solament quatre comunitats incrementaren el volum de persones amb reconeixement de la situació de dependència el 2020 respecte de la població beneficiària del 2019: València, amb un 12%; les Illes Canàries, amb un 2,23%; les Illes Balears, amb un 2,15%, i Astúries, amb un 1,44% (Ramírez et al., 2021; IMSERSO, 2020b). I això tenint en compte les importants diferències de finançament: mentre que al País Basc fou de 6.875,63 €/a estimats per persona en situació de dependència, a les Illes Balears fou de 4.958,81 €/a (Ramírez et al., 2021). El temps mitjà de tramitació d'expedients a les Illes Balears va ser de 268 dies, enfront dels 430 dies de mitjana estatal, la qual cosa la converteix en una de les comunitats autònomes més eficients. A més, les Illes Balears varen augmentar el

volum de persones ateses, i també el de persones valorades i amb reconeixement de la situació de dependència.

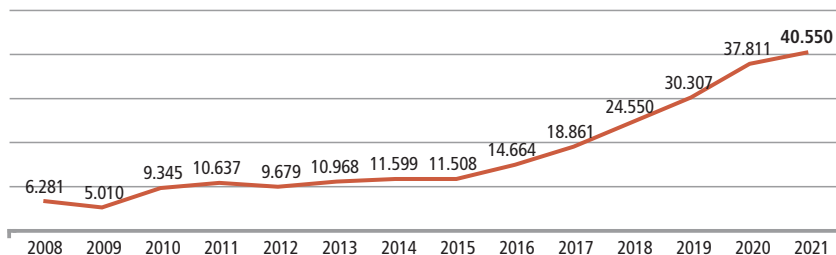
En qualsevol cas, les Illes Balears mostren trobar-se a la cua en la generació d'ocupació directa i en la taxa de recuperació (retorn al tresor públic de la inversió en atenció a la dependència): a La Rioja, es recupera el 46,2%, i a les Illes Balears, solament el 27,7% (Ramírez et al., 2021), diferències que es relacionen amb el model de prestacions i serveis adoptats per cada comunitat. Amb el disseny de la LAPAD, es plantejà que els costos de dependència mantindrien una posició positiva amb l'ocupació, atès que primer finança una creixent demanda de consum i, alhora, més llocs de treball, que milloren els pressuposts públics mitjançant els impostos directes i indirectes. Per tant, un desenvolupament més ampli dels serveis socials i de la salut per a dependència, i la reducció de les prestacions econòmiques, dissenyades per prestar-se amb caràcter excepcional, s'estableixen com a prioritaris en la creació d'ocupació (Bermejo i Del Pozo-Rubio, 2018).

Per serveis, s'identifica que només dues comunitats autònomes varen incrementar el nombre de places residencials: les Illes Balears (+94) i Navarra (+251), mentre que Catalunya va presentar la reducció més gran, amb -4.593 places, seguida de Madrid (-3.227) i Castella-la Manxa (-1.520).

3. Prestacions del sistema d'atenció a la dependència a les Illes Balears

Amb relació a les prestacions del SAAD a les Illes Balears, es declara una clara tendència a l'alça. Hi ha un període en què les prestacions augmenten lentament, el comprès entre els anys 2011 i 2015, quan l'increment és de tan sols 871 prestacions. Després creix fins a multiplicar-se per 3,5 i passa de les 11.508 prestacions de 2015 a les 40.550 de 2021, un increment del 252,4%.

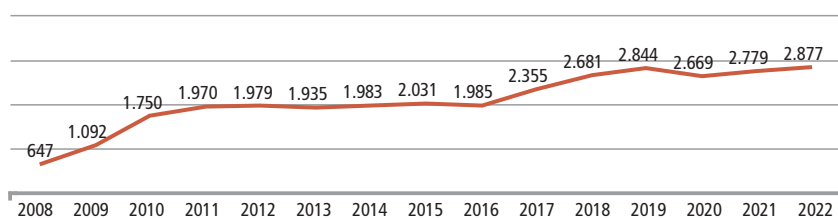
Gràfic 1 | *Evolució de les prestacions del SAAD a les Illes Balears entre els anys 2008 i 2021*



Si s'analitza cada una de les prestacions del Sistema, s'observa que el servei d'atenció residencial ha mantingut una tendència a l'alça, amb un augment del 329,5%, passant dels 647 usuaris de 2008 als 2.779 de 2021. El 2020 es produeix un descens de 130 persones que ocupaven plaça, la qual cosa respon a l'efecte de la pandèmia de la COVID-19 sobre les residències, no tant per persones afectades, sinó per la dificultat per ocupar una plaça (els centres no feren ingressos durant la fase més dura de l'estat d'alarma i després, durant algun temps, al centre on es declarava un brot no se'n podien fer) i per les reticències dels beneficiaris o dels centres a fer-ne, la qual cosa va provocar un retard en l'ocupació efectiva de la plaça.

L'augment del nombre de persones que ocupen plaça en una residència, especialment des de 2016, ha estat possible gràcies a la concertació de més places per a la Xarxa Pública d'Atenció a la Dependència (un total de 538).

Gràfic 2 | Evolució del servei d'atenció residencial a les Illes Balears entre els anys 2008 i 2021

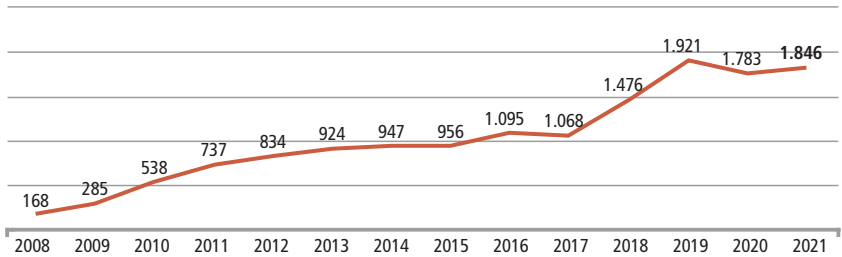


En relació amb la prestació de centre de dia, també es constata una clara tendència a l'alça, que suposa una taxa de creixement [Tc, calculada amb la fórmula $(q_2 - q_1 / q_1) * 100$]. Els percentatges que acompanyen la relació entre dues dades de moments històrics diferents fan referència al càlcul de la taxa de creixement del 998,8%: passaren dels 168 als 1.846 usuaris que ocupaven una plaça entre el 2008 i 2021, i tornaren a baixar el 2020, fruit dels efectes de la pandèmia provocada per la COVID-19.

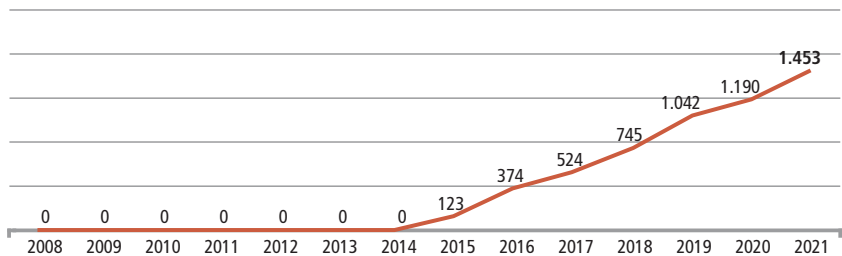
El servei d'ajuda a domicili es començà a implementar més tard. Des de 2015, la seva evolució ha estat clarament a l'alça, amb una Tc = 1081,3%, i, per tant, ha multiplicat per onze els usuaris, i ha passat dels 123 als 1.453 el 2021.

El servei de teleassistència domiciliària començà el 2017 amb 1.292 usuaris, i el 2021, després de multiplicar-se per més de vuit, ha arribat als 10.472 beneficiaris (Tc = 752,1%).

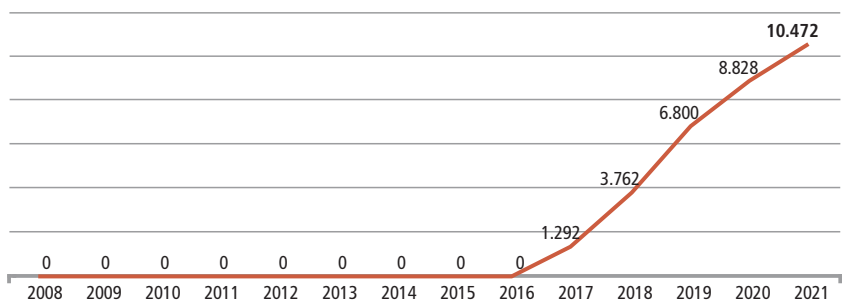
Gràfic 3 | *Evolució de la prestació de centres de dia a les Illes Balears entre els anys 2008 i 2021*



Gràfic 4 | *Evolució del servei d'ajuda a domicili a les Illes Balears entre els anys 2015 i 2021*



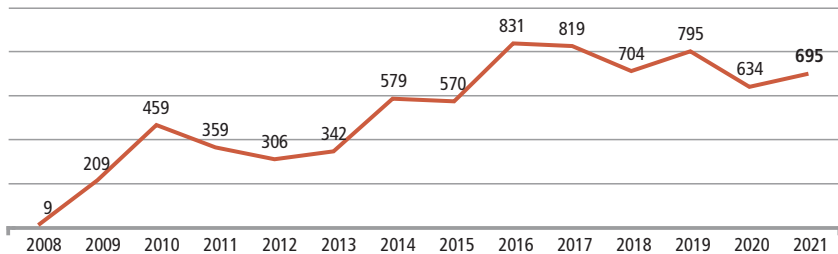
Gràfic 5 | *Evolució de la teleassistència a les Illes Balears entre els anys 2017 i 2021*



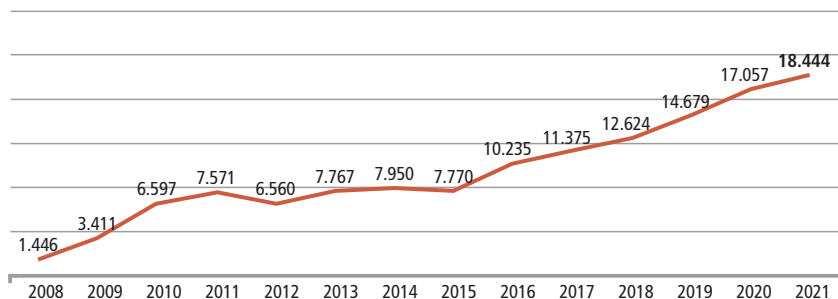
Per altra banda, els serveis de promoció de l'autonomia personal també han experimentat un fort creixement: han passat dels 58 el 2015 als 4.861 el 2021. Si bé és important destacar que entre 2020 i 2021, la gran part dels serveis d'aquesta prestació, en especial els dirigits a persones grans, no s'han prestat a causa de la crisi sanitària provocada per la COVID-19.

En relació amb la prestació econòmica vinculada al servei, les places experimentaren un increment rellevant entre els anys 2012 i 2016 (de 306 a 831). Des de 2016, s'ha observat una tendència a la baixa, i han passat de 831 el 2016 a 695 el 2021. El motiu d'aquest descens respon a l'increment de places concertades que s'han incorporat a la Xarxa Pública d'Atenció a la Dependència (538), que ha reduït el nombre de places privades sobre les quals és possible rebre la prestació vinculada al servei.

Gràfic 6 | *Evolució de la prestació econòmica vinculada al servei a les Illes Balears entre els anys 2008 i 2021*



Gràfic 7 | *Evolució de la prestació econòmica per a cures a l'entorn familiar a les Illes Balears entre els anys 2008 i 2021*



Per acabar, la prestació econòmica per cures a l'entorn familiar, recollida a la LAPAD amb caràcter excepcional, ha estat clarament el recurs més resolt entre el conjunt de prestacions i serveis del SAAD.

Aquesta prestació novament reflecteix l'alentiment del sistema entre els anys 2011 i 2015, en què el nombre de beneficiaris va passar de 7.571 el 2011 a 7.770 el 2015 (un augment d'un 2,6%). A partir d'aquell any, aquesta prestació ha experimentat un creixement important: ha arribat a 18.444 perceptors el desembre de 2021 (Tc = 137,4%) i a un import superior als 4,3 milions d'euros mensuals i a més de 50 milions d'euros anuals.

4. Les prestacions del SAAD a les Illes Balears en comparació amb l'Estat espanyol

Si es compara el pes de cada una de les prestacions del SAAD a les Illes Balears el desembre de 2021 amb la mitjana de l'Estat, es pot observar que a les Illes Balears destaquen la prestació econòmica per cures a l'entorn familiar, amb quasi 15 punts per sobre de la mitjana; el servei de promoció de l'autonomia personal, amb gairebé 6 punts, i el servei residencial, amb més de 3 punts. A l'altre extrem, el SAAD a les Illes Balears presenta un dèficit de cobertura en relació amb la mitjana de l'Estat especialment en les prestacions del servei d'ajuda a domicili, amb gairebé 15 punts; en la prestació econòmica vinculada al servei, amb quasi 7,5 punts, i en la prestació de teleassistència, amb més de 6,7 punts.

Taula 1 | *Prestacions i serveis del sistema d'atenció a la dependència a les Illes Balears i a l'Estat*

Prestació	% Illes Balears	% Estat	Diferència
Prestació econòmica per cures a l'entorn familiar	45,39	30,75	14,64
Teleassistència domiciliària	11,90	18,64	-6,74
Centre de dia	7,38	5,85	1,53
Residència	14,23	10,83	3,39
Prestació econòmica vinculada al servei	3,36	10,87	-7,51
Servei d'ajuda a domicili	3,99	18,55	-14,56
Servei de promoció de l'autonomia personal	9,83	3,96	5,87
Prestació econòmica per a assistent personal	0,00	0,54	-0,54

5. El finançament de la dependència

El sistema de finançament de la LAPAD es fonamenta en tres nivells: el nivell mínim de protecció (n. m.), d'abonament per part de l'Administració General de l'Estat (AGE) en funció de tres variables: el nombre de beneficiaris, el grau de dependència i el nombre i tipus de prestacions); el nivell acordat (n. a.) de protecció, basat en els convenis de col·laboració entre l'AGE i les comunitats autònomes, i el nivell addicional de protecció, potestativa per part de les comunitats autònomes i amb finançament exclusiu per part seva.

La despesa per al SAAD a les Illes Balears ha experimentat un fort creixement. S'observa un estancament entre els anys 2012 i 2015, quan la despesa es va situar en una mitjana de 76,6 milions d'euros anuals, per després comprovar que es multiplicava per 2,5 i passava dels 77,7 milions d'euros de 2015 als 197,5 de 2021 (Tc = 254,1%) (IMSERSO, 2022a).

Taula 2 | *Evolució de la despesa i del finançament del SAAD a les Illes Balears en milions d'euros.*

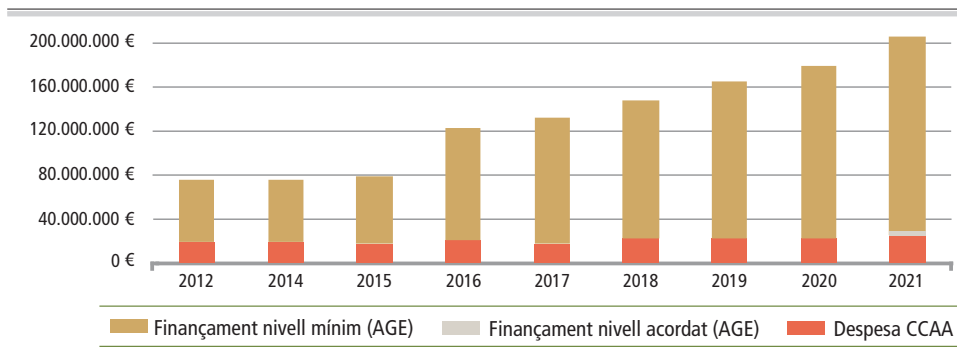
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Despesa total	75,1	78,7	75,1	77,7	122,0	131,6	146,8	164,0	177,4	197,6
CA	56,3	58,2	55,8	61,0	102,3	114,0	124,2	142,4	155,7	165,4
AGE n. m.	18,8	20,5	19,2	16,7	19,7	17,6	22,6	21,6	21,7	25,1
AGE n. a.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7,00
CA	75,0	73,9	74,4	78,5	83,9	86,6	84,6	86,8	87,8	83,7
AGE	25,0	26,1	25,6	21,5	16,1	13,4	15,4	13,2	12,2	16,3

Del total de la despesa realitzada al SAAD, la Comunitat Autònoma ha passat de finançar 56,4 milions d'euros el 2012, a 165,4 el 2021 (Tc = 193,38%).

No passa el mateix amb l'aportació que fa l'AGE, que el 2015 finançava 16,7 milions d'euros i el 2020, 21,7 (Tc = 29.94%).

El 2021, amb la recuperació del nivell de finançament acordat, suspès des de l'any 2012 com a fruit dels retalls que es feren al SAAD a conseqüència de la crisi de 2008, s'ha millorat el finançament de l'AGE.

S'observa que el finançament de l'AGE ha estat d'un total de 32,1 milions d'euros (Tc = 71,26% en relació amb 2012), xifra que suposa un 16,3% del total de la despesa enfront del 83,7% de la Comunitat Autònoma (IMSERSO, 2022a).

Gràfic 8 | Representació gràfica de l'evolució de la despesa al SAAD a les Illes Balears**Taula 3** | Variació percentual de la despesa en el SAAD per comunitat autònoma.

CA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Variació acumulada
Balears, Illes	3,6	56,9	7,9	11,6	11,7	8,2	11,3	111,1
Comunitat Valenciana	26,0	14,6	1,6	12,9	18,3	9,3	10,3	93,0
Canàries	3,7	11,1	16,4	10,0	17,9	1,9	3,5	64,5
Castella-la Manxa	14,0	1,4	11,8	6,4	2,6	-1,9	6,8	41,2
Astúries, Principat d'	-6,8	8,1	6,3	5,5	-0,3	4,2	23,7	40,6
Castella i Lleó	2,9	7,3	5,9	0,6	10,2	10,0	1,9	38,7
Galícia	4,7	6,1	3,1	6,6	5,6	6,3	5,6	38,0
Navarra, Comunitat Foral de	n/d	5,1	5,3	7,8	7,8	7,9	3,9	37,8
Andalusia	1,2	3,0	-0,2	8,3	7,6	2,2	15,2	37,2
Cantàbria	-3,7	0,0	0,4	4,0	12,1	-4,6	27,3	35,6
Múrcia, Regió de	3,5	4,8	5,1	2,6	8,8	4,4	4,8	34,0
Madrid, Comunitat de	5,1	-1,2	2,2	10,8	5,0	-3,6	10,0	28,4
Aragó	2,3	6,0	4,5	6,2	3,7	2,4	3,2	28,2
País Basc	4,4	4,2	4,5	4,9	3,9	1,8	2,7	26,4
Catalunya	11,1	-10,6	4,0	3,5	2,2	5,6	10,0	25,7
Extremadura	2,3	2,0	0,5	2,4	1,6	8,1	4,7	21,6
Rioja, La	-0,3	0,8	4,6	5,1	2,1	-1,8	7,7	18,1

Si s'analitza la variació percentual en la despesa per al SAAD que han fet les comunitats autònomes des de 2015 (taula 3), s'observa que les Illes Balears han estat la comunitat autònoma amb més variació acumulada, un 111,1%.

6. Conclusions

Considerant la relació que existeix entre edat i dificultat per fer les activitats bàsiques de la vida diària i la situació demogràfica de les Illes Balears, l'atenció a les persones en situació de dependència és i serà un dels reptes principals de les polítiques socials.

De l'anàlisi de l'evolució de les prestacions del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència a les Illes Balears entre els anys 2008 i 2021, se'n pot identificar una clara tendència a l'alça, amb una variació del 545,6%. S'hi constata un període en què les prestacions augmenten lentament, el comprès entre els anys 2011 i 2015, quan l'increment és de tan sols 871 prestacions, per després créixer fins a multiplicar-se per 3,5 i passar de les 11.508 prestacions de 2015 a les 40.550 de 2021 ($T_c = 252,4\%$).

A les Illes Balears, predomina la prestació econòmica per a cures a l'entorn familiar, i el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència atén més de 18.444 perceptors el desembre de 2021, amb un import superior als 4,3 milions d'euros mensuals i de més de 50 milions d'euros anuals.

El servei d'atenció residencial ha tingut una $T_c = 329,5\%$ entre els anys 2008 i 2021, i ha passat dels 647 als 2.779 usuaris. La prestació de centre de dia té una clara tendència a l'alça, amb una $T_c = 998,8\%$, i passa dels 168 als 1.846 usuaris que ocupaven una plaça entre els anys 2008 i 2021.

El servei d'ajuda a domicili es començà a implementar el 2015. Des de llavors, ha tingut una evolució clarament ascendent, ha multiplicat per onze els usuaris i ha passat dels 123 als 1.453 el 2021. El servei de teleassistència domiciliària també ha augmentat exponencialment i té una $T_c = 710,5\%$. Començà el 2017, quan el nombre d'usuaris va ser de 1.292, i, després de multiplicar-se per vuit, ha arribat, el 2021, als 10.472 beneficiaris.

Els serveis de promoció de l'autonomia personal també han experimentat un fort creixement. És important destacar que, entre els anys 2020 i 2021, la gran part dels serveis d'aquesta prestació, en especial els dirigits a persones grans, no s'ha prestat a causa de la crisi sanitària provocada per la COVID-19.

En relació amb la prestació econòmica vinculada al servei, augmenta de manera considerable entre els anys 2012 i 2016. Després, s'hi observa una tendència a la baixa, que respon a l'increment de places concertades que s'han incorporat a la Xarxa Pública d'Atenció a la Dependència, que ha reduït el nombre de places privades sobre les quals és possible rebre la prestació vinculada al servei.

Si es compara el pes de cada una de les prestacions del SAAD a les Illes Balears el desembre de 2021 amb la mitjana de l'Estat, es pot afirmar que a les Illes destaquen la prestació econòmica per a cures a l'entorn familiar, amb quasi 15 punts per sobre de la mitjana; el servei de promoció de l'autonomia personal, amb gairebé 6 punts, i el servei residencial, amb més de 3 punts.

A l'altre extrem, el SAAD a les Illes Balears presenta un dèficit de cobertura en relació amb la mitjana de l'Estat especialment a les prestacions del servei d'ajuda a domicili, amb gairebé 15 punts; a la prestació econòmica vinculada al servei, amb gairebé 7,5 punts, i a la prestació de teleassistència domiciliària, amb més de 6,7 punts.

Per pal·liar aquesta situació, és necessari continuar reforçant el SAAD i augmentar els recursos destinats a aquestes prestacions. Especialment, el del servei d'ajuda a domicili, un dels serveis clau per possibilitar a les persones envellir al seu domicili mantenint la seva xarxa de suport. Per fer possible això, seran necessàries polítiques que apostin per la millora del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència i del seu finançament.

Referències bibliogràfiques

Bermejo, F., i Del Pozo-Rubio, R. (2018). The impact of dependency act benefits on employment. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 341-347. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.007>

Decret 63/2017, de 22 de desembre, de principis generals dels procediments d'accés als serveis de la xarxa pública d'atenció a la dependència per a gent gran en situació de dependència. Butlletí Oficial de les Illes Balears, 157, de 23 de desembre de 2017. Recuperat de: https://www.caib.es/sites/institutestudisautonomics/ca/n/decret_63-2017_0/cas/est_inf/inf_gp/index.htm

Institut Nacional d'Estadística, INE (2022a). *Índice de envejecimiento por comunidad autónoma*. Institut Nacional d'Estadística. Recuperat de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1452#!tabs-mapa>

Institut Nacional d'Estadística, INE (2022b). *Proyección de la población en España. 2020-2070. Resultados por comunidades autónomas: serie 2020-2035*. Institut Nacional d'Estadística. Recuperat de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=36680>

Llei n. 21990. Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (14 de desembre de 2006). Recuperat de: <https://www.boe.es/eli/es//2006/12/14/39/dof/spa/pdf>

Ramírez, J.M., García, G., i Fuentes, M. (2020). *XX Dictamen del Observatorio* (Informe núm. 20). Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. Recuperat de: https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/01/INFO-GLOBAL-XX-DICTAMEN-3-3-20_compressed.pdf

Ramírez, J.M., Revilla, A., Fuentes, M., i Gómez, E. (2021). *XXI Dictamen del observatorio de la dependencia* (Informe núm. 21). Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España. Recuperat de: <https://directoressociales.com/xxi-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia/>

Autors

GREGORIO MOLINA PANIAGUA

Capdepera (1974). Diplomant en Educació Social per la UNED i graduat en Educació Social per la Universitat d'Alcalà. Postgrau en Gestió de Residències i Serveis per a Gent Gran per la Universitat Ramon Llull, i Màster en Direcció i Administració d'Empreses (Executive MBA). Expert Universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontologia per la UIB. Vinculat professionalment als serveis socials des de 1994. Ha dirigit centres residencials per a persones grans dependents entre els anys 2007 i 2016. De 2017 a 2019, ha estat el director tècnic de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears. Actualment, és el director general d'Atenció a la Dependència de la Conselleria d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears.

LLUC NEVOT-CALDENTÉY

Manacor (1992). Graduada en Treball Social, Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la Universitat de les Illes Balears (UIB), postgraduada en Intervenció Familiar Sistèmica pel Centre de Teràpia Familiar i de Parella de Barcelona (KINE) i doctora en Educació (UIB). Amb anterioritat, va ser valoradora de dependència per a la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears i treballadora social en 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.

**COM MILLORAR L'EFICÀCIA DEL
PROCEDIMENT D'ATENCIÓ A LA
DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS?
UN ESTUDI QUALITATIU SOBRE
PROFESSIONALS DE VALORACIÓ I PIA**

Com millorar l'eficàcia del procediment d'atenció a la dependència a les Illes Balears? Un estudi qualitatiu sobre professionals de valoració i PIA

Lluc Nevot-Caldentey

Gregorio Molina Paniagua

Resum

Les reflexions sobre les necessitats de millora del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) s'han produït des de diversos sectors i des de fa anys. Des d'abans de la seva posada en marxa, s'havien identificat moltes dificultats i, en bona part, encara ara persisteixen; parlem dels problemes de definició, de coordinació i de recursos. S'identifica, llavors, la necessitat d'avaluar l'eficàcia del SAAD per dissenyar accions que permetin millorar-ne els efectes; també en resposta als objectius establerts al Pla de xoc de dependència 2021-2023, entre els quals s'identifiquen, d'una banda, la reducció dels temps de tramitació de sol·licituds, i d'altra, la introducció de millores en les prestacions i serveis. En aquest sentit, aquest article presenta un estudi qualitatiu sobre la implementació del SAAD a les Illes Balears. Els individus de la mostra foren l'equip dels 45 tècnics del Pla individual d'atenció i els 18 valoradors que treballen a les Illes. Els resultats permeten definir mesures per millorar cada una de les fases del procediment d'accés a les prestacions del SAAD i l'eficàcia professional de les intervencions implementades al procediment.

Resumen

Las reflexiones sobre las necesidades de mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se han producido desde diversos sectores y desde hace años. Antes de su puesta en marcha, habían sido identificadas muchas dificultades y, en buena medida, persisten todavía; hablamos de los problemas de definición, de coordinación y de recursos. Se identifica la necesidad de evaluar la eficacia del SAAD para diseñar acciones que permitan mejorar sus efectos; también en respuesta a los objetivos establecidos en el Plan de choque de dependencia 2021-2023, entre los que se identifican, por un lado, la reducción de los tiempos de tramitación de solicitudes, y por otro, la introducción de mejoras en las prestaciones y servicios. En este sentido, este artículo presenta un estudio cualitativo sobre la implementación del SAAD en las Islas Baleares. Los individuos de la muestra fueron el equipo de los 45 técnicos del Plan individual de atención y los 18 valoradores que trabajan en las Islas. Los resultados permitieron definir medidas para mejorar cada una de las fases del procedimiento de acceso a las prestaciones del SAAD y la eficacia profesional de las intervenciones implementadas en el procedimiento.

1. Introducció

La Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD), entrà en vigor l'1 de gener de 2007, per tal de reconèixer un nou dret subjectiu per a les persones que experimentaven mancances en la seva autonomia personal. Es creà una oferta coordinada de serveis, amb el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), sistema que no ha deixat de mostrar necessitats de millora.

Més de 15 anys després de l'entrada en vigor de la LAPAD, encara ara es veuen diverses dificultats al SAAD. Així ho documenten quasi tots els estudis i informes publicats, ja que tots versen sobre les mateixes qüestions: dels problemes de definició, de coordinació i de recursos, fent especial èmfasi en les dificultats experimentades quant a tramitacions (Cervera et al., 2009; Peña-Longobardo et al., 2016; Ramírez et al., 2020; Nevot-Caldentey et al., 2020; Huete-García et al., 2021).

Tot aquest debat produït des de diversos sectors i al llarg del temps no ha suposat arribar a solucions de consens. Les reformes fetes s'han dirigit, més bé, a reduir l'impacte pressupostari de la Llei, sorgida en l'embat de la crisi de 2008.

El SAAD es configurarà a tall d'un projecte comú en el qual els agents implicats haviem de col·laborar i facilitar les tasques. També com a eina per a garantir unes condicions d'igualtat i d'universalitat en l'accés als drets. Així i tot, els problemes de coordinació entre les administracions vinculades al SAAD s'han configurat com a «punta de l'iceberg» de les mancances en la seva vertebració. Les mancances quant a l'operativitat i interoperabilitat dels sistemes informàtics, tant el propi del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), com també el propi de les Illes Balears, generen un empobriment del sistema, ja que és difícil generar coneixement a partir de les dades i registres de dependència. També perquè les dades de què es disposa són limitades, pel fet que no es disposa bona part de la informació al sistema.

De manera resumida, les necessitats i principals dificultats del sistema poden definir-se en quatre blocs temàtics (Huete-García et al., 2021):

- La disparitat en la gestió en l'accés, el reconeixement, la valoració i les esperes.
- El desenvolupament desigual dels serveis i prestacions entre comunitats autònomes.
- La dispersió en la coordinació, cooperació, informació i integració entre el SAAD i els sistemes de serveis socials i les limitacions en la col·laboració entre el sector públic i privat.
- Les dificultats associades amb el finançament i els mètodes per calcular la prospecció de despesa vinculada a la demanda potencial, en què s'han de considerar tant les valoracions com el volum de prescripcions de recursos per a dependència.

A les Illes Balears, el desenvolupament de la LAPAD és competència de la Conselleria d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears, i en concret de la Direcció General d'Atenció a la Dependència. Les tasques de valoració i negociació del Pla individual d'atenció (PIA) són realitzades per la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i

de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears (FASAD) (Acord del Consell de Govern, 2006), característica que diferencia el nostre sistema del de bona part de la resta d'autonomies espanyoles, en què s'han desenvolupat mitjançant els serveis socials municipals.

Des dels començaments d'implementació de la Llei, han estat diverses les diferències territorials en la gestió, finançament i organització d'aquest sistema. Unes comunitats autònomes han mostrat majors índexs d'eficàcia, sobretot, gràcies a la inclusió de la gestió de la dependència en el sistema de serveis socials autonòmic i local (Lima, 2016). Aquestes desigualtats han donat lloc a diferències en el volum de les llistes d'espera, en l'establiment de la compatibilitat entre prestacions, en els copagaments, en l'assignació de les prestacions, entre altres elements del SAAD, també afectats per aquests desequilibris.

Amb vista a la millora del sistema, ha mancat la cultura avaluativa, de comunicació i de difusió de resultats, ja que en la presa de decisions no s'han pres com a referència avaluacions d'eficàcia dels serveis i prestacions, en relació amb els objectius de la LAPAD.

És necessari implementar un procediment en què la supervisió garanteixi una bona qualitat d'atenció, tant per a les persones en situació de dependència com per als familiars i cuidadors. S'ha de millorar l'eficàcia del procediment i les condicions laborals dels professionals per identificar les mesures de millora en la qualitat de l'atenció prestada. Una avaluació adequada de l'eficàcia del procediment, en relació amb el compliment dels propòsits de la Llei, permetria millorar la relació cost-benefici dels recursos que es concedeixen per dependència, i garantir la qualitat de les cures i suports.

2. Objectius de la recerca

Prenent com a referència el que s'ha exposat anteriorment, conforme a les dificultats d'implementació del SAAD, aquest estudi pretén canalitzar una primera recerca qualitativa orientada a identificar propostes que permetin millorar el procediment del SAAD, esmenar-ne les deficiències i enfrontar-se als desafiaments relacionats amb dos dels blocs temàtics definits per Cervera et al. (2009):

- 1) Les dificultats d'accés, reconeixement, valoració i esperes.
- 2) L'organització del sistema.

Prenent com a objectiu general millorar l'operativitat del SAAD a les Illes Balears.

I amb els objectius específics següents:

1. Identificar els punts febles del procediment de la LAPAD.
2. Conèixer els elements de millora de la quotidianitat professional dels valoradors i valoradores de dependència i dels tècnics i les tècniques encarregats de l'elaboració del PIA.
3. Definir els aspectes que cal potenciar tant del procediment com del quefer d'aquestes dues figures professionals del SAAD a les Illes Balears.

La recerca s'emmarca així dins el Pla de xoc de dependència 2021-2023, ja que dona resposta a dos dels seus objectius principals de treball:

- 1) Reduir els temps de tramitació de sol·licituds.
- 2) Introduir millores en els serveis i prestacions per garantir l'atenció adequada de les persones en situació de dependència, preferiblement mitjançant serveis de qualitat.

També forma part de l'avaluació del SAAD, prevista com a requisit de finançament establert pel Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030, com a part del Pla de recuperació, transformació i resiliència, ja que identifica les necessitats de millora del sistema, de la seva gestió i dels seus sistemes d'informació i estadístiques, i formula propostes per a la reforma de la Llei (Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030, 2021).

3. Mètode

Han estat diverses les evidències sobre les limitacions i dificultats experimentades pel SAAD en la seva implementació. Arran d'una revisió de les principals bases de dades que recullen les publicacions d'impacte internacional (Scopus i Web of Science), es va observar la manca d'estudis orientats a millorar l'eficàcia del SAAD.

Es plantejà una investigació amb un disseny quasiexperimental, ja que no s'aplicà l'element d'assignació aleatòria quant a la passació dels qüestionaris, perquè la mostra se seleccionà intencionalment, constituint-se de la totalitat dels professionals que intervenen directament amb les persones/famílies que sol·liciten el reconeixement de la situació de dependència. Aquests són: els tècnics i les tècniques valoradors, que intervenen en primera instància mitjançant la visita domiciliària o de l'entorn de la persona que ha fet la sol·licitud, per dur a terme la valoració de la situació de dependència mitjançant el barem de valoració de la situació de dependència (BVD)

(vegeu el 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) i els tècnics i les tècniques encarregats d'elaborar el PIA, en què s'estableixen les prestacions més adients a les necessitats de la persona en situació de dependència.

Llavors, aquesta investigació es plantejà per tal de:

1. Identificar les principals debilitats i forteses de les fases clau del procediment de la LAPAD (vegeu la figura 1), a les Illes Balears; des de la sol·licitud fins a la resolució de les prestacions i les propostes professionals per millorar-ne l'accés.

FASES CLAU DEL PROCEDIMENT DE LA LAPAD



Presentació de la sol·licitud

El procediment s'inicia a instància de part de la persona en possible situació de dependència o de qui la representa.



Valoració de la situació de dependència

Es duu a terme al domicili de la persona, i està basada en informes de salut i de l'entorn, en l'aplicació del barem de valoració de la dependència (BVD) i en l'observació directa del valorador.



Resolució de grau

Reconeixement oficial de la situació de dependència en el qual es dictamina el grau i dona dret a les prestacions del SAAD.



Negociació del PIA

Acord entre la persona en situació de dependència, l'entorn afectiu i el treballador social o tècnic PIA, en el qual s'acorden les prestacions més adequades per atendre les necessitats de la persona.



Resolució de la prestació

La resolució s'emet amb l'inci efectiu de la prestació.



Revisions

Per millora o empitjorament de la situació de dependència.
Per errada en el diagnòstic o aplicació del barem.

Figura 1. Fases clau del procediment de la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

2. Identificar les debilitats i forteses professionals en els rols i funcions exercides en l'àmbit de l'atenció a la dependència.

Tant els tècnics i les tècniques PIA com les persones que s'encarreguen de valorar són els professionals de referència en l'atenció a les persones beneficiàries potencials

del SAAD, i per això es decidí incloure tot l'equip professional com a mostra per a l'estudi.

Es realitzà una enquesta en línia amb Google Forms, de tres qüestions identificatives (correu electrònic, perfil i àmbit territorial de treball) més 12 qüestions vinculades als objectius de la investigació. Les qüestions en resposta als objectius foren:

1. Enumera les cinc tasques més importants i imprescindibles de la teva feina (de més a menys importància).
2. Enumera les cinc tasques a les quals dediques més temps al teu lloc de feina (de més a manco temps).
3. Enumera les cinc tasques que consideris menys rellevants, prescindibles, que no aporten valor a la feina.
4. Què proposaries per millorar l'eficiència del procediment, des de la sol·licitud fins a la resolució de grau?
5. Què suggeriries per millorar l'eficiència del procediment, des de la resolució del grau fins a la resolució de la prestació?
6. Què recomanaries per millorar l'eficiència en el teu lloc de feina?
7. Què consideres que aporta el teu perfil professional al teu lloc de feina?
8. Disposes de tota la informació necessària per al desenvolupament adequat del teu lloc de feina? (1, gens satisfet; 10, totalment satisfet).
9. Què proposaries per millorar-ho?
10. Disposes de la formació necessària per al desenvolupament adequat del teu lloc de feina? (1, gens satisfet; 10, totalment satisfet).
11. Què proposaries per millorar-ho?
12. Altres aportacions que vulguis assenyalar o comunicar.

Una mostra de 63 treballadors i treballadores del SAAD de la FASAD van fer l'enquesta.

La captació es va dur a terme mitjançant correu electrònic. La taxa de participació fou del 100%.

4. Anàlisi de dades i resultats

Després d'emplenar les enquestes, es descarregaren els resultats en un full de càlcul per fer-ne una anàlisi qualitativa. S'organitzaren les respostes en funció del perfil professional. Després es dugué a terme la seva categorització, etiquetatge i codificació per a l'anàlisi.

Un total de 45 tècnics i tècniques PIA i 18 valoradors i valoradores de dependència van emplenar l'enquesta (N = 63). La major part de la mostra treballava a Palma (n = 27), seguits de la Part Forana de Mallorca (n = 24), Menorca (n = 7) i Eivissa (n = 5). Les respostes donades a les diferents qüestions plantejades queden reflectides a les taules 1-11.

Es veuen a la taula 1 les cinc categories de tasques més importants i imprescindibles de la feina, les quals comprenen el 91,42% de les 315 observacions totals fetes per les persones tècniques PIA i valoradores.

Taula 1 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 1*

Enumera les 5 tasques més importants		
Categories identificades a partir de l'anàlisi qualitativa	Recòmpte	%
Maneig de documentació / tasques de despatx	122	38,73
Visites domiciliàries per a informe social i PIA	53	16,82
Atenció a l'usuari (telefonades, seguiment, supervisió)	51	16,19
Coordinació interna i externa	46	14,60
Desplaçaments	16	5,08

Per categoria professional, s'identifica, d'una banda, que els tècnics i tècniques PIA consideren que les tres principals labors són la visita domiciliària i/o els seguiments posteriors a la visita, el diagnòstic social, la redacció de l'informe social i l'elaboració del PIA i la coordinació amb altres serveis com ara hospitals, centres municipals de serveis socials (CMSS), amb el servei de tutela o amb els valoradors i valoradores.

D'altra banda, els valoradors i valoradores indiquen que les més importants són la visita de valoració al domicili de la persona, tant en els moments de prevaloració com de valoració i postvaloració, la planificació de l'agenda, la ruta i els desplaçaments als domicilis per a la valoració, la coordinació amb els professionals de salut i l'elaboració de l'informe de valoració i incorporació al sistema informàtic de gestió de la discapacitat i dependència (DISDEP).

Quant a les tasques a les quals més temps dediquen els professionals enquestats (n = 320 respostes), apareixen cinc categories principals definides a partir de l'anàlisi qualitativa de les respostes donades a la taula 2. Aquestes contenen el 90,01 % de les respostes.

Per categories, s'identifica que el personal tècnic PIA indica que es dediquen principalment a l'atenció i el suport a les persones en situació de dependència i a les seves famílies, bé sigui per motius d'informació, assessorament o seguiment. Les tasques

administratives pròpies, com registrar al DISDEP els informes o registrar la documentació presentada, fou la primera categoria amb més respostes. També apareixen en els primers llocs la visita domiciliària per a la negociació i signatura del PIA, pel temps que representa, i l'elaboració d'informes socials i de la proposta del PIA.

Taula 2 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 2*

Enumera les cinc tasques a les quals dediques més temps		
Categories identificades a partir d'anàlisi qualitativa	Recompte	%
Maneig de documentació / tasques de despatx	122	38,13
Visites domiciliàries per a informe social i PIA	53	16,56
Atenció a l'usuari (telefonades, seguiment, supervisió)	51	15,94
Coordinació interna i externa	46	14,38
Desplaçaments	16	5,00

Les persones que en feien la valoració indicaven l'opció de dedicar la seva major part del temps a la preparació de la visita domiciliària, a la visita, a la redacció posterior de l'informe de valoració i als desplaçaments als domicilis.

Pel que fa a la qüestió relativa a les tasques que consideren menys importants, la taula 3 mostra les categories més freqüentades. De les 126 observacions, a la taula es representa el 97,62% de les respostes.

Taula 3 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 3*

Enumera les cinc tasques menys importants		
Categories identificades a partir de l'anàlisi qualitativa	Recompte	%
Consultes telefòniques informatives/administratives	37	29,37
Registre de documentació	30	23,81
Incidències	26	20,63
Atenció de qüestions que no són competència del treballador o la treballadora	21	16,67
Desplaçaments innecessaris	9	7,14

Les tasques amb menys importància van ser només respostes dels tècnics i les tècniques PIA, ja que les persones que fan valoracions consideraren totes les seves tasques rellevants o imprescindibles per al seu lloc de feina.

Les funcions que no aporten valor afegit al dia a dia del personal tècnic PIA són l'atenció telefònica per a esmenar requisits de diferent índole, com pensions estrangeres,

obligats tributaris o les queixes d'altres departaments; les incidències del DISDEP per corregir dades introduïdes de manera errònia per altres departaments o les incidències per corregir errades de la incorporació de dades al DISDEP, o bé l'execució de tasques que no són pròpies de la seva figura professional són altres funcions considerades prescindibles.

Per millorar l'eficiència del procediment, des de la sol·licitud fins a la resolució del grau, s'obtingueren 163 observacions; es reflecteixen a la taula 4, i són el 84,05% de les respostes a les cinc categories més freqüents.

Taula 4 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 4*

Propostes d'eficiència des del procediment de sol·licitud a la resolució de grau		
Categories identificades a partir de l'anàlisi qualitativa	Recompte	%
Agilitzar o optimitzar sistemes d'informació i documentació	73	44,79
Contractació de personal - personal estable	33	20,25
Coordinació i informació	11	6,75
Millorar el programa informàtic	11	9,75
Eliminar incidències	9	5,52

Les principals mesures proposades per millorar l'eficiència del procediment des de la sol·licitud fins a la resolució de grau poden classificar-se en set categories; millorar l'eficiència del registre de sol·licituds i implementar les tramitacions telemàtiques també van ser categories que recolliren nou observacions cada una (18/163 totals o l'11,04% de les respostes). Es reflecteixen les cinc categories més freqüentades a la taula 4.

Són diverses les propostes identificades en relació amb el fet de millorar l'eficiència del procediment des de la resolució del grau fins a la resolució de la prestació, les quals es recullen a la taula 5. Veiem com, a part de les categories representades a la taula, la necessitat de millorar els terminis d'incidències i requisits (11/139 o el 7,91%), alliberar el TS (treballador o treballadora social) PIA (10/139 o el 7,19%) i millorar el temps d'espera (10/139 o el 7,19%), també obtingueren un volum significatiu de respostes (32/139 o el 23,02% de les respostes), entre els resultats rellevants.

Per millorar l'eficiència en el lloc de feina es van obtenir 181 propostes i poden veure's a la taula 6. Les cinc categories més freqüentades aglutinaren un total del 92,82% de les respostes. La necessitat de reduir les incidències i els requisits fou la categoria següent més freqüentada, la qual compregué el 4,42% de les respostes (8/181).

Taula 5 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 5*

Propostes d'eficiència en el procediment des de resolució de grau a resolució de prestació		
Categories identificades a partir de l'anàlisi qualitativa	Recompte	%
Millorar sistemes d'informació, comunicació o coordinació	27	19,42
Ampliar recursos	17	12,23
Simplificar documentació	14	10,07
Establiment de terminis / simplificació de processos	13	9,35
Càlcul econòmic abans de la signatura del PIA	11	7,91

Taula 6 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 6*

Propostes per millorar l'eficiència al teu lloc de feina		
Categories identificades a partir de l'anàlisi qualitativa	Recompte	%
Millorar mecanismes d'informació/coordinació/ (tele)comunicació	55	30,39
Millora de les condicions de treball i formació	40	22,1
Més material d'ofimàtica / millora dels sistemes informàtics	33	18,23
Reducció de presencialitat/atenció/funcions	22	12,15
Simplificar la documentació / agilització	18	9,94

Entre les respostes majorment reflectides pel personal tècnic PIA, s'han identificat: reduir la freqüència dels talls en els sistemes informàtics per manteniment; millorar el funcionament del DISDEP, la seva connexió i agilitat; incorporar noves tecnologies al DISDEP; eliminar les funcions del tècnic o tècnica PIA no vinculades directament amb el PIA; establir una centraleta que filtri les trucades ateses pel personal tècnic PIA per evitar la sobrecàrrega del professional; millorar la definició de les funcions del tècnic o la tècnica PIA i la seva difusió mitjançant l'establiment de protocols d'actuació i clarificació de criteris de treball.

Pel que fa a les persones que fan la valoració, el consens més gran en les respostes el trobem en les propostes següents: teletreball com a mesura per evitar desplaçaments innecessaris; millores del programa informàtic per la pèrdua de temps que suposen els talls en el sistema; dificultats per conèixer la situació real de salut de la persona que cal valorar per les mancances informatives dels informes de salut; necessitat de millorar les rutes de desplaçament als domicilis; garantir la fiabilitat de l'interlocutor a qui s'avisava del dia i l'hora de la cita per a la valoració, així com de les condicions necessàries per a realitzar-la (acompanyant de l'usuari que es valorarà).

En relació amb les principals aportacions de les diferents disciplines que intervenen en l'atenció a les persones en situació de dependència, els professionals enquestats van

indicar els resultats que es mostren a la taula 7. Les 111 respostes (el 100%) es recolliren dins les cinc categories principals.

Taula 7 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 7*

Principals aportacions de les disciplines en atenció a la dependència		
Categories identificades a partir de l'anàlisi qualitativa	Recòmpte	%
Formació específica en tècniques d'atenció familiar	54	48,65
Treballador social com a professional referent	24	21,62
Valor afegit a un equip multidisciplinari	16	14,41
Ajudes, serveis i prestacions per a famílies	13	11,71
Valor social	4	3,60

Quant a l'avaluació de la informació i a la formació de què disposen, s'identifiquen resultats més bons pel que fa a la formació que no a la informació; la informació, de fet, és considerada com un dels elements de millora del SAAD cap als professionals que intervenen en aquests processos, segons els resultats d'aquest estudi.

La major part de les persones enquestades (21/63 o el 33,33%) van puntuar en 7/10 la informació de què disposen per desenvolupar adequadament les seves funcions ($n = 21$), seguides de les que la varen puntuar en 6/10 ($n = 19$), 8/10 ($n = 14$) i, en menor mesura, 9/10 ($n = 5$), 4/10 ($n = 2$), 5/10 i 10/10 (amb un enquestat en cada puntuació) (vegeu la taula 8).

Taula 8 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 8*

Valoració de la informació necessària		
Categories identificades a partir de l'anàlisi qualitativa	Recòmpte	%
4 punts	2	3,17
5 punts	1	1,59
6 punts	19	30,16
7 punts	21	33,33
8 punts	14	22,22
9 punts	5	7,94
10 punts	1	1,59

Els tècnics i tècniques PIA puntuaren la seva satisfacció amb la informació de què disposaven en una mitjana de 7,09/10, mentre que els valoradors i valoradores la van puntuar en una mitjana de 6,72/10. La mitjana conjunta fou de 6,98/10.

Per millorar la informació, consideraren majoritàriament les propostes definides a la taula 9. Sobre un total de 103 respostes, compregueren el 80,58% d'aquestes. Millorar l'informe de salut obtingué vuit respostes més (7,77%), cinc de les quals van mostrar estar satisfetes amb la informació de què es disposa (4,85%).

Taula 9 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 9*

Propostes per millorar la informació		
Categories identificades a partir de l'anàlisi qualitativa	Recompte	%
Més actualització de coneixements	30	29,12
Millorar la comunicació	22	21,36
Reunions/supervisions	12	11,65
Millorar la informació de capacitat econòmica/copagaments	10	9,71
Generar protocols integrals de processos	9	8,73

Un 41,27%, considerà positiva la formació de què disposa; 26 persones enquestades valoraren la seva formació en 8/10, 18 en 9/10, 11 en 7/10, 5 en 6/10, 2 en 10/10 i 1 en 5/10. No s'han identificat puntuacions inferiors a 5/10 (vegeu la taula 10).

Taula 10 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 10*

Valoració de la formació necessària		
Categories identificades a partir de l'anàlisi qualitativa	Recompte	%
5 punts	1	1,59
6 punts	5	7,94
7 punts	11	17,46
8 punts	26	41,27
9 punts	18	28,57
10 punts	2	3,17

Els tècnics i tècniques PIA puntuaren la satisfacció amb la formació de què disposen amb una mitjana de 7,93 punts sobre 10, mentre que les persones que fan les valoracions la puntuaren amb una mitjana de 8,17 sobre 10. La mitjana conjunta va ser de 8 punts sobre 10.

A la taula 11 es recullen les categories amb més freqüència de resposta quant a propostes per millorar la formació. Es representen en les cinc categories més freqüents la totalitat de les respostes ($n = 74$).

Taula 11 | *Les cinc respostes amb més freqüència de resposta a la pregunta 11*

Propostes per millorar la formació		
Categories identificades a partir de l'anàlisi qualitativa	Recompte	%
Formació contínua	28	37,84
Formació específica del dia a dia i actualitzada	24	32,43
Formació no tan específica, però complementària	10	13,51
Formació presencial amb espais de treball, més dinàmica	6	8,11
No proposa	6	8,11

Entre les aportacions per afegir, les persones enquestades indicaren la necessitat de millorar les condicions laborals del tècnic o tècnica PIA i el reconeixement de la figura de valorador, millorar les infraestructures, els serveis i la coordinació entre ells.

El personal valorador demanà considerar el quilometratge o els desplaçaments que fa, reduir la presencialitat, millorar l'actualització i modernització dels recursos laborals i incrementar els recursos i millorar les prestacions, mitjançant l'increment de places residencials de centres de dia o les hores del servei d'ajuda a domicili.

5. Discussió i conclusions

Han estat diverses les evidències del consens sobre les necessitats i dificultats de funcionament del SAAD. Totes aquestes han apuntat i apunten cap a la disparitat en la gestió, al desenvolupament desigual dels serveis i prestacions, a la dispersió en la coordinació i integració entre el SAAD i els sistemes de serveis socials, quant a la col·laboració entre el sector públic i privat i quant a les mancances de finançament.

Es decidí fer aquesta recerca perquè és necessari definir propostes que permetin millorar el SAAD; en el nostre cas, a les Illes Balears, i amb l'interès que puguin ser d'aplicació o serveixin d'orientació per a altres comunitats.

De l'anàlisi dels resultats, s'identifiquen algunes relacions que cal destacar. S'observen algunes tendències similars entre una part de les tasques assenyalades com a «més importants», algunes d'entre les «menys importants», i, tot plegat, amb algunes de les indicades per dedicar-hi més temps.

La visita domiciliària, per exemple, aparegué entre les tasques que ocupen més temps, tot i que també entre les assenyalades per la seva rellevància. Quant a les tasques d'oficina, tot i ser considerades les més crucials i a les quals es dedica més temps, també s'indicà la necessitat de reduir la dedicació a l'atenció d'incidències, sobretot

les vinculades als programes informàtics, per mor de la repercussió que les errades d'aquests suposen en l'agilitat en el procediment de dependència; així com les gestions vinculades als requisits i a l'atenció de demandes d'usuaris i familiars.

La coordinació es considerarà clau a l'hora d'ocupar gran part del temps de feina dels professionals. Quant a aquesta variable, s'indicà la necessitat de millorar els canals de comunicació interna i externa entre professionals.

D'altra banda, i de manera continuada, els tècnics i tècniques PIA indiquen la necessitat de reduir les funcions i dedicació a tasques que no corresponen a les seves competències. A les Illes Balears aquestes persones són treballadors i treballadores socials que tenen per competència l'atenció exclusiva a les qüestions vinculades a la dependència, emperò, a vegades, executen tasques més pròpies d'atenció primària.

Pel que fa a la sol·licitud i a la resolució de grau i de prestació, s'ha vist que, de manera comuna, és necessari millorar els sistemes informàtics de gestió per tal de reduir les incidències i facilitar tramitacions telemàtiques per part d'usuaris i professionals. L'establiment de protocols d'actuació o l'increment de la plantilla estructural de professionals i recursos d'atenció a la dependència foren també alguns dels aspectes indicats per millorar.

La satisfacció amb la informació va ser menys que amb la formació, i veiem uns resultats més baixos del personal tècnic PIA que del personal que fa les valoracions. Probablement, aquests professionals requereixen més informació i recursos per atendre les demandes de les famílies, millorar els canals de comunicació interprofessional i interdepartamental i millorar la difusió de la informació del SAAD cap a altres recursos de la xarxa de serveis que treballa amb persones en situació de dependència. Es considerarà fonamental millorar la definició de les competències professionals i incrementar les plantilles estructurals, la seva estabilitat i els recursos del SAAD a les Illes Balears.

Aquesta investigació ha servit per identificar els punts forts, febles i les propostes per millorar l'eficàcia del sistema d'atenció a les persones en situació de dependència a les Illes Balears i per projectar propostes que puguin replicar-se a altres comunitats autònomes per millorar les deficiències del SAAD mostrades de manera generalitzada a tot el territori nacional.

Es conclou la necessitat de replicar aquesta recerca a la resta d'autonomies del territori nacional, i la necessitat d'implementar les diferents propostes definides en aquest estudi, que són precisament algunes de les que permetran avançar en la millora de l'eficàcia del sistema i en la millora de la qualitat de l'atenció prestada pel SAAD en l'àmbit nacional.

Referències bibliogràfiques

Acord del Consell de Govern de 28 d'abril de 2006 pel qual s'autoritza la constitució de la Fundació Balear d'Atenció i Suport a la Dependència. Residència Joan Crespí. *Butlletí Oficial de les Illes Balears*, 69, d'11 de maig de 2006. Recuperat de: <http://boib.caib.es/pdf/2006069/mp42.pdf>

Bermejo, F., i Del Pozo-Rubio, R. (2018). The impact of dependency act benefits on employment. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 341-347. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.007>

Cervera, M., Herce, J., López-Casasnovas, J., Rodríguez-Cebrero, G., i Sosvilla, S. (2009). *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. IMSERSO.

Huete, A., Morales, N., i Chaverri, A. (2020). *Identificación y análisis de retos para la reforma del SAAD*. Caser Fundación. Recuperat de: http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6345/Identificaci%c3%b3n_y_an%c3%a1lisis_de_retos_para_la_reforma_del_SAAD.pdf?sequence=1&rd=0031145311202383

Huete-García, A., Chaverri-Carvajal, A., i Morales-Romo, N. (2021). El sistema para la autonomía y atención a la dependencia en España (SAAD). Memoria de debilidades desde su implantación. *Revista Prisma Social*, 32, 25-44. <https://revistaprismasocial.es/article/view/4109/4>779>

IMSERSO (2020). *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2020*. Gobierno de España. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20201231.pdf>

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 299, de 15 de desembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2021). *Acuerdo para la puesta en marcha del plan de choque en dependencia en 2021*. Secretaría de Estado de Derechos Sociales. <https://www.balancesociosanitario.com/wp-content/uploads/2021/01/Plan-de-Choque-en-Dependencia.pdf>

Nevot-Caldentey, L., Orte, C., i Ballester, L. (2020). Análisis de conglomerados en la definición de perfiles de mayores con dependencia en Palma de Mallorca: relación

entre salud, apoyo social y dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 94(2), 1-11. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/564958>

Peña-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., García-Armesto, S., i Hernández-Quevedo, C. (2016). The spanish long-term care system in transition: ten years since the 2006 dependency act. *Health Policy*, 120, 1177-1182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.health-pol.2016.08.012>

Ramírez, J. M., García, G., i Fuentes, M. (2020). *XX Dictamen del Observatorio* (Informe nº 20). Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. Recuperat de: https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/01/INFO-GLOBAL-XX-DICTAMEN-3-3-20_compressed.pdf

Ramírez, J. M., Revilla, A., Fuentes, M., i Gómez, E. (2021). *XXI Dictamen del observatorio de la dependencia* (Informe nº 21). Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España. Recuperat de: <https://directoressociales.com/xxi-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia/>

Autors

GREGORIO MOLINA PANIAGUA

Capdepera (1974). Diplomant en Educació Social per la UNED i graduat en Educació Social per la Universitat d'Alcalà. Postgrau en Gestió de Residències i Serveis per a Gent Gran per la Universitat Ramon Llull, màster en Direcció i Administració d'Empreses (Executive MBA). Expert universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontologia per la UIB. Vinculat professionalment als serveis socials des de 1994. Ha dirigit centres residencials per a persones grans dependents entre 2007 i 2016. Entre 2017 i 2019 ha estat el director tècnic de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears. Actualment, és el director general d'Atenció a la Dependència de la Conselleria d'Afers Socials i Esports de les Illes Balears.

LLUC NEVOT-CALDENTÉY

Manacor (1992). Graduada en Treball Social, màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la Universitat de les Illes Balears (UIB), postgraduada en Intervenció Familiar Sistèmica pel Centre de Teràpia Familiar i de Parella de Barcelona (KINE) i doctora en Educació (UIB). Amb anterioritat, va ser valoradora de dependència per a la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears i treballadora social en l'àmbit de les famílies monoparentals 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.

**EL DRET A ENVELLIR EN L'ENTORN
PROPI. UNA OPORTUNITAT PER AVANÇAR
ENVERS LA TRANSFORMACIÓ DELS
SERVEIS COMUNITARIS DE PROXIMITAT**

El dret a envellir en l'entorn propi. Una oportunitat per avançar envers la transformació dels serveis comunitaris de proximitat

Antonio José Muñoz Rico
Catalina Fernández Mas
Cristina Eva Clar Colom
Laura Morado Wunderlich
Omar Lamin Abeidi

Resum

Ens trobam davant un escenari de canvi en els serveis, recursos i polítiques públiques destinades a les persones adultes majors. És un repte demogràfic, en què la piràmide poblacional està canviant i els desitjos de les persones s'expressen cada cop més. Moltes vegades, els serveis han estat dissenyats i construïts de manera exclusiva; estan ubicats enfora de la comunitat i duen a terme accions que no sempre compleixen els desitjos ni cobreixen les expectatives de les persones a qui van destinades i que aïllen de la comunitat les persones que en fan ús.

La intervenció amb persones adultes majors presenta, molt sovint i al llarg de la història, decisions marcades pel desconeixement de l'evidència científica, que hauria de ser l'objectiu principal a l'hora de planificar. No sempre s'ha tingut en compte l'opinió de persones expertes i molt menys de les destinatàries, les persones adultes majors, les autèntiques protagonistes de les intervencions i de l'acompanyament. Es fa necessària una planificació juntament amb les persones implicades i una avaluació dels resultats.

Per tot això i de cada vegada més, s'implementa en els diferents serveis i recursos el model d'atenció integral i centrat en la persona, que és situada a l'eix de l'acompanyament, hi té un rol actiu i n'és protagonista, ja que és l'única que sap què vol i què necessita. Trobam com a antecedent el model de Carl Rogers, que proposà un enfocament psicoterapèutic partint de la premissa que qui més coneixement té d'una persona és un mateix (Rodríguez i Vilà, 2014).

La transformació dels serveis ha de seguir, tal com s'ha comentat, criteris d'evidència científica, com són els beneficis derivats d'aplicar enfocaments de normalització i intervenció comunitària en els diferents contextos, per adaptar-los als desitjos i interessos de les persones i oferir-los serveis que els millorin la qualitat de vida. Així doncs, s'ha d'anar cap a una política que creï serveis i recursos de proximitat, que ofereixi igualtat d'oportunitats a totes les persones i també amb criteris d'accessibilitat universal i igualtat. Aquests serveis han de formar i ser part de la comunitat, en la qual la persona ha de continuar exercint els seus drets i deures, i han de reconèixer la dignitat que té tothom. S'han de dissenyar polítiques públiques per fomentar el dret d'envellir en companyia; per eliminar o minimitzar situacions de solitud no desitjada i l'aïllament, i oferir un ventall de serveis que s'adaptin a la individualitat i als desitjos de cadascú.

Resumen

Actualmente, nos encontramos ante un escenario de cambio en los servicios, recursos y políticas públicas destinadas a las personas adultas mayores. Es un reto demográfico, en el que la pirámide poblacional está cambiando y los deseos de las personas de cada vez se expresan más. Muchas veces, los servicios han sido diseñados y construidos de forma exclusiva; están ubicados afuera de la comunidad y llevan a cabo acciones que no siempre cumplen los deseos y expectativas de las personas a las que van destinadas, y que aíslan de la comunidad a las personas que los utilizan.

La intervención con personas adultas mayores presenta, a menudo ya lo largo de la historia, decisiones marcadas por el desconocimiento de la evidencia científica, que debería ser el objetivo principal a la hora de planificar. Asimismo, no siempre se ha tenido en cuenta la opinión de personas expertas y mucho menos de las destinatarias, las personas adultas mayores, las auténticas protagonistas de las intervenciones y del acompañamiento. Es necesaria una planificación junto con las personas implicadas y una evaluación de los resultados.

Por todo ello y de cada vez más, se implementa en los diferentes servicios y recursos el modelo de atención integral y centrado en la persona, que está situada en el eje del acompañamiento, tiene un rol activo y es protagonista, ya que es la única que sabe lo que quiere y lo que necesita. Encontramos como antecedente el modelo de Carl Rogers, que propuso un enfoque psicoterapéutico partiendo de la premisa de que quien más conocimiento tiene de una persona es uno mismo (Rodríguez y Vilà, 2014).

La transformación de los servicios debe seguir, tal y como se ha comentado, criterios de evidencia científica, como son los beneficios derivados de aplicar enfoques de normalización e intervención comunitaria en los diferentes contextos, para adaptarlos a los deseos e intereses de las mismas personas y ofrecerles servicios que mejoren su calidad de vida. Así pues, debe ir hacia una política que cree servicios y recursos de proximidad, que ofrezca igualdad de oportunidades a todas las personas y también con criterios de accesibilidad universal e igualdad. Estos servicios deben formar y ser parte de la comunidad, en la que la persona debe seguir ejerciendo sus derechos y deberes, y deben reconocer la dignidad que tiene todo el mundo. Deben diseñarse políticas públicas para fomentar el derecho de envejecer en compañía; para eliminar o minimizar situaciones de soledad no deseada y el aislamiento, y ofrecer un abanico de servicios que se adapten a la individualidad y a los deseos de cada uno.

1. La resposta davant el repte del canvi demogràfic a Mallorca

Fer front al canvi demogràfic és un dels reptes principals de les societats actuals, una transformació que impacta en tots els cicles vitals i esferes de les persones. Aquest és el punt de partida del present document de treball, i que considera les transformacions demogràfiques i el procés d'envelliment des d'una mirada global i estratègica a partir de quatre elements clau, que es descriuran a continuació. En primer lloc, les evidències detectades a partir de l'estudi dels interessos, desitjos i necessitats de la població, per tal de repensar i planificar polítiques públiques adequades i efectives. En segon lloc, la perspectiva temporal, que respongui a les necessitats i demandes actuals, mentre també es preveuen les futures, per tal de construir mecanismes capaços de donar resposta. En tercer lloc, la coherència de les actuacions públiques també es deu al fet que responen a valors i a prioritats explícites que esdevenen un compromís en la planificació i en el desplegament d'aquesta Estratègia. En quart lloc, els eixos estratègics i les actuacions que presentam al document, parteixen dels objectius i accions concretes, molts d'aquests ja en marxa i que es reforcen, amb un sentit estratègic i una visió compartida amb el conjunt de polítiques públiques, fent una aposta clara també, per l'experimentació i la innovació.

Una visió àmpliament compartida és que el repte demogràfic i l'envelliment no són una qüestió únicament de les persones adultes majors, sinó que s'han de plantejar com un repte del conjunt de la societat i que inclou tot el cicle vital. Caldrà tenir en compte la perspectiva intergeneracional, que permet descobrir la manera de millorar i afavorir les relacions entre les persones de generacions diferents, com també beneficiar amb la seva pràctica tota la comunitat.

La perspectiva de gènere és imprescindible per replantejar el model de cures i el procés d'envelliment mateix, entre altres temes. Prioritzar la justícia social i de gènere suposa incorporar el reconeixement i el respecte en tots els cicles de vida, i superar així estereotips que segreguen i dificulten l'autonomia de les persones. La visió territorial multinivell és un element que recull aquest article. Molts dels reptes que es plantegen requereixen respostes compartides per part de les administracions. És imprescindible continuar aprenent i compartint, així com mantenir l'acció i la col·laboració continuada de tots els professionals i agents socials i la participació activa de la societat.

1.1. Context sociodemogràfic: un gran canvi generacional en marxa a Mallorca

En el darrer padró, segons l'INE 2021, a Espanya tenim 47.326.687 habitants, dels quals 23.188.901 són homes i 24.137.787, dones. A la taula següent, observam les dades de persones adultes majors per grups d'edat i sexe.

Taula 1 | *Persones adultes majors per sexe i grups d'edat a Espanya*

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 i més
ESPANYA						
Homes	1.124.495	968.179	763.827	500.816	356.480	171.936
Dones	1.233.630	1.127.083	965.176	731.203	621.917	407.948
Ambdós sexes	2.358.125	2.095.262	1.729.003	1.232.019	978.397	579.884

Font: IBESTAT, 2022. Elaboració pròpia.

Taula 2 | *Persones adultes majors per sexe i grups d'edat a les Illes Balears*

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 i més
ILLES BALEARS					
Homes	26.339	21.995	16.059	10.059	8.963
Dones	28.204	24.705	19.239	13.911	17.888
Ambdós sexes	54.543	46.700	35.298	23.970	26.581

Font: IBESTAT, 2022. Elaboració pròpia.

La pandèmia de la COVID-19 ha causat un impacte directe i indirecte sobre la salut a tot el món i també a les Illes Balears, sobretot en els col·lectius més fràgils, principalment en el de la població d'edat avançada. L'afectació greu per la malaltia i també el resultat de mort s'ha donat especialment en les persones adultes majors. Però no només n'han patit l'impacte directe, sinó que el confinament i la resta de mesures restrictives han afectat notablement aquest col·lectiu en les seves condicions de dependència, deteriorament cognitiu, salut mental i altres problemes de salut.

La pandèmia i les seves conseqüències han augmentat limitacions que han afectat tots els col·lectius, però més especialment les persones adultes majors, les quals n'han rebut més impacte: nombre de defuncions, vulneració de drets, pèrdua de capacitats, pèrdua de xarxa social, pèrdua de rutina i de suport, tancament d'espais necessaris i imprescindibles en la seva rutina i el seu desenvolupament... I el resultat ha estat més aïllament físic i també social, més casos de solitud, de pèrdua d'habilitats...

Es preveu que l'any 2030 gairebé un de cada tres habitants de les Illes Balears tindrà 60 anys o més i la majoria seran dones. S'expressa així una de les dimensions del canvi demogràfic, que ni de bon tros és l'única. El canvi demogràfic té, sobretot, nom de dona.

La tendència creixent a l'envelliment demogràfic és una constant a Europa i s'estima que el 2050 gairebé més del 50% de la població europea tindrà més de 50 anys. És l'anomenada transició demogràfica. A Espanya, les baixes taxes de fertilitat i natalitat, així com l'elevada esperança de vida, anuncien per a 2050 una ràtio de dependència de les persones adultes majors molt elevada. Les projeccions de població de l'Institut Nacional d'Estadística per a l'any 2031 indiquen un fort increment de les persones de més de 65 anys. És evident que necessitam un conjunt d'accions que impliqui totes les administracions públiques, del tercer sector, de la iniciativa privada i del conjunt de la societat per afrontar el procés d'envelliment dels ciutadans de les Illes Balears. Per això, hem d'identificar els reptes actuals i futurs, així com les iniciatives necessàries que haurem de posar en marxa per afrontar i convertir en oportunitats els reptes que ens planteja el fenomen. Els impactes múltiples de l'envelliment fan necessària una acció integral, tant en la dimensió intergeneracional com en la interterritorial.

L'esperança de vida a les Illes Balears s'allarga: el 2020, la de les dones era de 85,86 anys i la dels homes, de 81,05. La nostra esperança de vida és de 83,46 anys, superior a la mitjana de l'Estat, que se situa en 82,33. L'esperança de vida de l'Estat continuarà afavorint la dona per sobre de l'home: s'espera que el 2029 sigui de 87,11 anys en la dona i 82,31 en l'home, mentre que actualment és de 85,06 i 79,59, respectivament. D'altra banda, respecte de la importància de l'envelliment de la població resident a les Illes Balears, cal dir que serà de cada vegada més rellevant. La natalitat serà baixa i la immigració serà elevada, però no tant com per suplir la manca de població adulta autòctona.

2. El model d'atenció comunitària a les persones adultes majors. Un servei de proximitat

La societat cada vegada és més exigent i les noves generacions de persones adultes majors ho seran encara més que les anteriors. Així doncs, haurem d'adaptar les nostres propostes a la nova realitat social, ja que les anterior potser hauran quedat obsoletes o han estat plantejades des de visions paternalistes, on la persona receptora adopta un rol passiu davant el que nosaltres decidim proposar. Hem d'avançar envers un model d'atenció integral i centrat en les persones que participen plenament en els nostres serveis en tots els processos relacionats amb el seu funcionament. L'enfocament de les llars de persones adultes majors i del Servei de Promoció de l'Autonomia Personal ha de superar el model que ha aplicat fins ara, de vegades paternalista. Els usuaris han de ser el centre de la intervenció, se'ls ha d'apoderar, i el rol passiu que han exercit fins ara s'ha de convertir en un d'actiu, han de participar en la presa de decisions. Cal saber les necessitats, desitjos, interessos, capacitats, etc., que tenen les persones a qui es destinen els recursos, per la qual cosa és fona-

mental la seva participació. S'ha de tenir en compte que l'autonomia és la capacitat que tenen les persones de prendre decisions i posar-se regles, i el seu sinònim és l'heteronomia, no la dependència. Les persones dependents, en canvi, necessiten suport per fer activitats bàsiques de la vida diària. Per tant, no s'ha de confondre l'autonomia amb la dependència i cal afavorir la presa de decisions de les persones al marge del seu grau de dependència.

La nostra tasca no ha de ser solament oferir coneixements i relacions socials, sinó també **capacitar per a una participació crítica**. Cal donar un sentit personal i social a les nostres vides, tenint en compte els contextos i interaccions que es produeixen des del punt de vista de les persones adultes majors, a més de garantir l'exercici dels seus drets i deures. Hem de disposar d'un model d'atenció integral i centrat en la persona, que permeti que les llars i els SPAP siguin serveis de referència de participació activa i comunitària, integrats en el medi social, que ofereixin des de la comunitat tota mena d'iniciatives que donin suport al procés d'envelliment, tant a la persona que el viu com a les famílies i a la comunitat. S'han d'acostar els serveis a les persones i alhora s'ha de dignificar i facilitar la continuïtat del projecte de vida individual, amb els recursos i/o serveis que es necessitin en cada moment.

Els models amb què s'ha treballat fins ara posaven en l'eix els mateixos serveis i recursos. El nou model d'atenció integral i centrat en la persona posa en l'eix de la intervenció la persona i li atorga un rol de participant i beneficiari, i els serveis passen a ser flexibles i adaptables a cada persona i situació.

L'atenció integral i centrada en la persona garanteix l'exercici dels drets i la preservació de la dignitat per millorar-li la qualitat de vida, ja que té en compte la seva participació activa en l'elaboració i el desenvolupament dels seus plans d'atenció i el suport al seu projecte de vida.

L'atenció integral és transversal i involucra els diferents sectors i nivells dels sistemes de protecció social (OCDE, 2013). L'atenció integral i integrada s'entén com la coordinació i integració dels serveis mitjançant la seva regulació, planificació, organització i gestió; establint xarxes transversals a la comunitat i entre els nivells, sectors i tipus de prestadors, i compartint objectius basats en la qualitat i efectivitat de l'atenció (Fundación Pílares, 2014).

Totes les persones, independentment de l'edat i la situació, tenim un projecte de vida, i els serveis ens han d'oferir l'acompanyament i els recursos necessaris per aconseguir-lo. Han de generar un lloc de trobada, diàleg, convivència i participació, en el qual el temps es visqui de manera activa, creativa i crítica, amb equilibri i harmonia, amb solidaritat i compromesa amb la societat en la qual ens ha tocat viure.

En aquest espai s'ha de concretar la inversió en prevenció de les situacions de dependència i la promoció de l'autonomia, una aposta per articular les necessitats, les preferències i les inquietuds de les persones adultes majors i de les famílies. Cal dissenyar polítiques per abordar la solitud no desitjada i l'aïllament de les persones adultes majors, i han d'incloure mesures d'acompanyament i atenció integrals de base comunitària, fomentar l'assistència domiciliària i la integració entre l'atenció social i sanitària en l'àmbit territorial.

En envellir, hi ha aspectes varis que contribueixen a l'aparició del sentiment de solitud no desitjada:

- Pèrdua de la identitat. En la nostra societat, la jubilació de vegades implica la sensació de perdre valor social.
- Pèrdua d'independència. Algunes persones es veuen afectades per una minva de capacitats físiques, situació que els pot fer perdre, parcialment o totalment, la independència física. Sovint, fins i tot els professionals confonen aquesta manca d'independència amb una pèrdua d'autonomia, amb la qual cosa les intervencions i acompanyaments no s'adeqüen a la realitat i situació de l'usuari.
- Pèrdua de pertinença. Es creen espais que no s'adeqüen a les preferències ni als desitjos dels usuaris, o que no respecten criteris d'accessibilitat universal.
- Factors demogràfics. S'allarga l'esperança de vida i no hi ha oportunitats d'interacció intergeneracional al marge del context familiar.
- Factors culturals. La persona adulta major se sent discriminada per motiu d'edat (edatisme).

L'etapa de l'envelliment ha de servir per explorar vivències noves, dedicar-se temps a un mateix —sovint, per primera vegada—, crear nous vincles d'amistat mantenint els antics, i també fer servir, aprofitar i compartir l'experiència. És una etapa d'apoderament personal i de projectes nous. És una etapa d'il·lusió. No podem permetre que es defineixi la vellesa com allò que no és. L'envelliment actiu és definit com el procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat per millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envelleixen. Aquesta consecució requereix de manera imprescindible l'acció intersectorial i alhora el reconeixement de les persones majors com a persones actives.

Pensem que les polítiques actuals haurien de tenir en compte aquests quatre eixos estratègics:

1. Dret a gaudir de l'entorn de proximitat al llarg de la vida. Impulsar els serveis públics de la cura, accions de prevenció i programes de lluita contra la solitud no

volguda, i donar suport per a la permanència voluntària a la llar pròpia o oferir solucions residencials noves i atractives.

2. Entorn inclusiu, accessible i amigable. Desenvolupar les accions per fer que Mallorca sigui amigable amb les persones adultes grans i fomentar serveis i recursos de proximitat; fer que l'espai públic sigui més accessible; afavorir la convivència i l'intercanvi generacional en col·laboració amb la resta de serveis de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials i altres administracions i entitats.
3. Envel·liment actiu: aportar a la comunitat i gaudir-ne. Facilitar l'accés a l'educació i a la cultura durant tota la vida, de manera que s'estrenyi la bretxa digital; potenciar la participació activa i la coproducció de polítiques de les persones adultes majors; fomentar el bon tracte garantint drets i prevenint maltractaments, apostant per polítiques de promoció de l'autonomia de les persones adultes majors, i afavorint accions d'intercanvi intergeneracional.
4. Recerca i planificació per un repte demogràfic equitatiu. Continuar avaluant les polítiques sobre canvi demogràfic i envelliment i fer-ne un seguiment; impulsar la cooperació entre les institucions (municipis i àrea, Govern i altres administracions i entitats); aprofundir en l'estudi sobre els efectes socials que té el canvi demogràfic, específicament sobre les necessitats de les persones adultes majors, amb la col·laboració de l'Observatori de les Persones Majors i d'altres institucions.

3. Preparar el camí dels grans canvis a partir de l'any 2030

L'envelliment de la població és un fet real. L'augment de l'esperança de vida, l'escurçament de la vida laboral i la jubilació anticipada són els factors principals que permeten el creixement d'aquest grup d'edat. Amb l'auge de les noves tecnologies, la bretxa digital és un altre gran repte que han d'afrontar les polítiques públiques, sobretot a causa del distanciament entre aquest grup de persones de més de 65 anys i la resta de la societat actual; en les relacions amb l'Administració, la banca i altres serveis digitalitzats, aquesta separació sembla encara més gran.

És molt important destacar que la implementació de les noves tecnològiques en la nostra societat actual té grans avantatges per a les persones adultes majors, però la majoria de les persones amb qui treballam se'n senten allunyades.

Cal que els serveis d'atenció a les persones adultes majors continuïn oferint activitats per reduir la bretxa digital i facilitar l'accés a les noves tecnologies, com ara impartir tallers d'iniciació a la informàtica i píndoles específiques (fer tràmits per internet, fer

servir aplicacions de telèfon mòbil com WhatsApp, Facebook, entre d'altres). És evident que aquest distanciament respecte de les noves tecnologies genera desigualtat en l'ús i aprofitament de les noves tecnologies, i pot tenir causes vàries, com ara:

- **La utilitat:** desconeixen quina utilitat tenen alguns dispositius i instruments que poden millorar la seva qualitat de vida.
- **La complexitat en l'ús:** els inquieta el fet d'endinsar-se en un món massa complex per a ells. N'hi ha molts que no s'atreveixen a fer servir aquestes eines per por d'equivocar-se; pensen que en qualsevol moment poden tocar una tecla inadequada i perdre tota la informació, o fins i tot esborrar el contingut del disc dur o del telèfon mòbil. Tenen por de fer una compra d'una manera no segura.
- **Capacitat econòmica reduïda:** que aquestes persones adultes majors accedeixin a la tecnologia més actual és més difícil a causa dels alts costos que encara té.

Les persones adultes majors han de fer un esforç encara més gran que la resta de la societat per adaptar-se i evolucionar al mateix ritme que la tecnologia.

És important facilitar-los l'accés, la formació i l'acompanyament en aquest aprenentatge, i els centres de participació activa i comunitària ja els ofereixen aquestes eines. Com a resultat, superen prejudicis, demostren que no són persones passives i sinònim de passat; tenen més facilitat per mantenir una vida social connectada i se senten útils. La tecnologia també els serveix per ajudar-los en les necessitats que puguin tenir; els recursos digitals milloren la comunicació, disminueixen la solitud i faciliten el treball dels professionals amb les persones que necessiten aquest suport digital.

L'ús de la telefonia mòbil i eines com el correu electrònic i la missatgeria instantània agiliten la comunicació amb la resta de persones i la família; els enforteix l'autonomia, les manté actives físicament; contribueix a la salut mental i redueix la incidència de la dependència, ja que tot aprenentatge estimula l'activitat cognitiva.

L'entorn local té un paper en la promoció dels valors bàsics d'autonomia, igualtat i diversitat. Cada vegada més constatem que només des de l'àmbit local, des de la proximitat, ens podem acostar a les noves exigències que ens planteja el canvi d'època que travessam.

Com a persones actives que són, les persones adultes majors poden fer bones aportacions a la societat i a les generacions futures. El seu rol com a voluntàries és molt important. Poden aportar més qualitat als serveis i activitats, ja que la seva participació és reconeguda i els permet continuar una vida activa, transmissora de sabers i

coneixements. Cal potenciar la figura del voluntariat actiu, dins i fora de les llars i centres de promoció de l'autonomia, com una fórmula per promoure l'envelliment actiu de les persones adultes majors. Caldrà aprofitar la seva disponibilitat i les seves capacitats variades, perquè, per la via del voluntariat, tot ajudant la societat, trobin un paper clar i reconegut, estimulants, eficients i productius que els proporcionin una vida jubilada feliç i atractiva. Ha de ser un pacte que es desenvolupi, potser, a poc a poc els pròxims anys, a mesura que es concretin les dades, experiències i informacions, a través d'un debat progressiu i dinàmic, seriós i compromès, entre totes les parts constitutives d'una societat que vol respondre als nous reptes amb l'antelació i la previsió suficients.

En definitiva, el repte no és com hem d'adaptar les nostres comunitats i administracions a les persones adultes majors, sinó com hem de repensar els entorns i administracions per assumir els valors bàsics d'autonomia, igualtat i diversitat al llarg de la vida.

4. La perspectiva de gènere en les accions de futur per a un envelliment actiu en igualtat

Serà essencial incorporar una mirada més igualitària i es reconeix clarament la importància d'aconseguir la igualtat d'accés i de drets en les persones. No obstant això, en la majoria de casos no tenim en compte els drets de les persones majors en la redacció de les accions, en la distribució dels espais, i els són negats.

Actualment, el món torna vell de manera molt ràpida i el nombre de persones de més de 60 anys podria arribar a ser d'1,4 milions l'any 2030, representant un 16,5% de la població mundial, segons els estudis de població i l'Agenda 2030.

La celebració del Dia Internacional de la Dona Treballadora es una data que convida també a reflexionar sobre l'envelliment i els rols de gènere. Al nostre país, el sexe predominant en l'edat adulta és el femení. El nombre de dones supera el d'homes a mesura que augmenta l'edat. L'esperança de vida continua incrementant-se i és més llarga en les dones (85,6 anys) que en els homes (80,0 anys), segons dades recents de l'INE (2021).

Joaquín Giró (2006) afirma que el gènere és determinant a l'hora d'afrontar socialment el procés d'envelliment, ja que les dones tenen més expectatives de vida que els homes, per qüestions vinculades al treball i a les activitats domèstiques, la cura de les persones dependents, etc. El context sociocultural incideix especialment en la desigualtat de gènere associada al procés d'envelliment. El motiu que argumenta és que les identitats de gènere, construïdes en edats més primerenques de la vida, no s'alteren de manera notable en la vellesa. Aquestes identitats reben el reforç de normes socials que

estableixen expectatives de comportament diferents per a dones i homes, també en l'etapa final de la vida.

Les dones, a més de ser més nombroses que els homes, tenen unes característiques sociodemogràfiques i de salut diferents.

Carme Valls, metgessa, en el seu llibre *Mujeres invisibles para la medicina*, deixa clar que els problemes socials de les dones no s'han de tractar amb pastilles, sinó canviant les seves condicions de vida i treball. Ser dona és un factor que genera importants desigualtats en l'última etapa de la vida per motius varis: l'estat de salut físic i mental, les diferències en la morbiditat (dada demogràfica i sanitària que informa sobre la proporció de persones que pateixen una malaltia en un espai i temps delimitats), més impacte de la seva deterioració per factors socioeconòmics i culturals (menys ingressos, analfabetisme, solitud, etc.).

Les dones majors tenen taxes més elevades de discapacitat, dependència, mortalitat de postinfart, o de predomini de la morbiditat cerebrovascular. A més, les malalties osteoarticulars tenen el doble d'incidència entre les dones. L'impacte més gran de les malalties en les dones d'edat està associat a les desigualtats vinculades al gènere.

Entre altres factors, s'observen els següents:

- Com que la seva esperança de vida és més llarga, també tenen més probabilitat d'enviduar que els homes i de viure molts anys totes soles. La sobrerrepresentació de la dona a partir dels 80 anys requereix també més assistència i ajuda.
- Les dones majors tenen un nivell d'instrucció més baix i taxes d'analfabetisme més elevades que les dels homes.
- Tenen uns ingressos econòmics més baixos que els dels homes, atès que són receptores de pensions no contributives, perquè no han cotitzat el temps exigint per aconseguir les prestacions del nivell contributiu. Els ingressos de les dones majors en jubilar-se són afectats, a més, per la discriminació en polítiques d'ocupació i de salaris, en cas d'haver tingut una ocupació remunerada.
- El gènere també es reflecteix en la salut mental: les dones majors presenten un risc elevat de patir depressió, relacionat en part amb el fet d'haver tingut menys oportunitats d'educació, ocupació i desenvolupament personal al llarg de la vida.

També la violència de gènere afecta més les dones majors que els homes i acumulen més casos de resultat de mort. L'aïllament, el baix nivell cultural i el mal estat de salut molt sovint agreugen la seva indefensió.

La perspectiva de gènere també és crucial en el temps de cures, ja que històricament la dona n'ha assumit la càrrega més important. No obstant això, la contribució que ha fet a la societat no ha estat prou reconeguda. Un exemple d'això són les dones que ara tenen una seixantena d'anys i que s'encarreguen de tenir cura del pare i la mare —que en tenen més de vuitanta—, atenen el marit major i ajuden els fills amb els nets, perpetuant el rol de gènere tradicional. En conclusió, l'experiència d'envellir és diferent per a homes i dones. Una bona part d'aquestes diferències tenen un origen biològic, però també el context sociocultural, com hem vist, incideix especialment en aquesta desigualtat de gènere associada al procés d'envelliment.

Partint de les dades que tenim i de la situació actual de la dona, amb les aportacions de tothom hem de poder canviar la visió i vertebrar models i projectes que ens facin avançar en polítiques amb perspectiva de gènere que promoguin valors igualitaris i reconeguin el paper important de les dones majors en la societat. Per això, és fonamental la prevenció, fer recerca, etc.

L'any 2030 acaba el termini fixat per l'Agenda de desenvolupament per aconseguir la igualtat i l'avanç de les dones i les nines.

Segons les dades més actualitzades de l'Institut Nacional d'Estadística, el nombre de dones a les Illes Balears és superior al d'homes en la majoria de grups d'edat a partir de 65 anys. Aquestes dades no podem obviar-les per identificar les necessitats i promoure un nou model d'atenció a les persones majors.

L'acció comunitària i la prevenció estan recollides d'una manera tímida i força limitada en la política de serveis socials vigent. En aquest nou model d'atenció a les persones des de les llars socioculturals i SPAP, la prevenció ha de ser una prioritat i aposta per enfortir l'acció comunitària, i una de les accions de transformació principals de la nostra àrea.

La protecció davant els riscos, la minimització de les repercussions negatives dels factors de risc i la participació i inclusió social, entre d'altres, han de ser els àmbits d'intervenció d'una xarxa comunitària preventiva i proactiva. Per millorar la cohesió social, l'empoderament de la ciutadania, la vida independent, l'autonomia i fer front a l'envelliment, entre d'altres, és clau desplegar i generalitzar un conjunt d'accions preventives des del punt de vista poblacional, comunitari i individual.

En aquest sentit, el gènere és un element rellevant per entendre la dimensió comunitària. L'anàlisi de la realitat mostra que les desigualtats de gènere estructurals perpetuen uns rols determinats. Les dones participen sobretot en xarxes informals, la qual cosa les fa més coneixedores de les necessitats comunitàries, però són els homes

els qui assisteixen principalment als espais de presa de decisions i solen ocupar les posicions de visibilitat i de lideratge en les xarxes formals.

En el moment actual, la individualització extrema de la societat i la manca de participació de les comunitats veïnals i dels barris dificulten el treball comunitari i alhora aforceixen l'aïllament i la solitud, un fenomen que afecta especialment les dones majors.

Cal prioritzar un enfocament, superar la intervenció reactiva i definir, identificar i desenvolupar, com a àmbits d'intervenció principals de l'acció comunitària inclusiva, la prevenció en la infància, l'adolescència, la joventut, les famílies. S'ha de promoure l'autonomia de les persones i posar l'èmfasi en la participació de les persones majors.

Els objectius han de ser acció comunitària inclusiva i preventiva i promoció de l'autonomia de la persona, emancipació i vida independent.

5. Conclusions

La nostra missió és fomentar persones actives, participatives, formades, informades i amb recursos pròxims al seu territori.

És necessari que la persona adulta major sigui una persona activa. Cal impulsar la seva participació en activitats de tota mena. El fet que es mantinguin actives físicament, intel·lectualment, emocionalment i socialment els ajuda a afrontar l'envelliment amb més qualitat de vida.

Ha de ser una persona adulta participativa i compromesa amb l'entorn. Ha de poder continuar activa, potenciar la seva participació en forma de voluntariat social i aportant a la seva comunitat. El nostre repte com a ciutadans compromesos, actius i responsables serà posar les bases i els mitjans necessaris perquè les persones adultes majors puguin implicar-se i participar en les dinàmiques socials i comunitàries del seu municipi, barri o ciutat. Per això, totes les accions fomentaran de manera especial la dimensió social i potenciaran els aspectes grupals i relacionals.

La persona adulta major ha d'estar formada. En aquesta etapa vital, cal continuar tenint accés a la formació, entesa com la reglada, com ara la Universitat Oberta de Majors, o la no formal, com una actitud activa en l'aprenentatge, oberta i plural a tots els aspectes de la vida actual i quotidiana. Una formació que millori la bretxa i els biaixos digitals, amb una mirada intersectorial i de gènere, que tingui en compte les dificultats de les dones en aquesta etapa de la vida com a persones que mantenen la càrrega de les cures, cuiden els nets i la resta de la família.

La persona adulta major ha d'estar informada. Facilitar l'accés de les persones majors a la informació és un repte primordial en la societat de la informació. En aquest sentit, posarem a disposició de les persones majors mitjans perquè puguin accedir a la informació sobre temes del seu interès, i hem d'adaptar els mitjans i recursos a cada persona i necessitat, dependent o autònoma. Bona part de la nostra població major és discriminada per la seva discapacitat o dependència.

Cal posar a l'abast de les persones majors recursos en els seus espais comunitaris o en altres equipaments propers.

Per assolir aquests reptes, cal tenir present l'heterogeneïtat d'aquest col·lectiu i integrar les seves necessitats i particularitats en totes les accions que es desenvolupin. Establirem vincles i dinàmiques de relació amb tots els serveis del municipi i barri, amb els professionals, els coordinarem amb tots aquests serveis propis i privats implicats en la millora de la qualitat de vida de la nostra ciutadania. Fomentarem que les accions dutes a terme des de les llars per a persones adultes majors afavoreixin la creació de xarxes entre els participants.

En definitiva, el repte serà que els espais s'integrin en l'entorn proper i que les accions es despleguin de manera equilibrada en el seu territori per facilitar-hi l'accés a tothom. S'han de connectar de manera coherent els sistemes referenciats amb d'altres, com les administracions locals i organitzacions externes públiques i privades (universitat, centres d'estudis) per poder compartir experiències i aprenentatges amb l'objectiu d'avançar en el disseny d'altres programes.

Per tot això, és imprescindible treballar en xarxa, amb la implicació de tots els professionals i serveis. D'aquesta manera es podran oferir serveis i recursos de qualitat individuals, grupals i comunitaris. A més, s'eliminaran duplicitats i burocratització, uns mecanismes que dificulten el progrés de les persones i la seva situació.

Referències bibliogràfiques

Burguera, T. (2021). La bretxa digital per qüestió d'edat. *Anuari de l'Envel·liment 2021*.

Giró, J. (2006) (coord.). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Universitat de la Rioja.

HelpAge International (2015). *Acabar con la desigualdad de género en las personas mayores: Guía para la política de desarrollo de la Unión Europea*. <www.helpage.org/european-union>. ISBN 978-1-910743-04-1.

Instituto Nacional de Estadística (2022). <<https://www.ine.es>>.

Institut d'Estadística de les Illes Balears (2022). Dades de l'IBESTAT. <<https://ibestat.caib.es/ibestat/inici>>.

Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona. *Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal*, 1. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Rodríguez, P. i Vilà, A. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Tecnos.

Rodríguez, P., Ramos, C., García, A., Dabbagh, V., Mirete, C., i Castejón, P. (2017). La atención en domicilios y comunidad a personas con discapacidad y personas mayores. *Guía de innovación según el Modelo AICP*, 2. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Valls, C. (2019). *Mujeres invisibles para la medicina. Desvelando nuestra salud*. Capitán Swing.

Varela, J. (2015). *La brecha digital en España. Estudio sobre la desigualdad postergada*. Comisión Ejecutiva de UGT.

Autors

ANTONIO JOSÉ MUÑOZ RICO

Torrox, Màlaga (1959) Pedagóg, Mestre i Educador Social. Màster en Intervenció Socioeducativa. Director de la Llar de Lluçmajor.

CATALINA FERNÁNDEZ MAS

Palma de Mallorca (1978). Tècnica en Cures Auxiliars d'Infermeria. Responsable dels Serveis de Promoció a l'Autonomia Personal de Petra i Puigpunyent.

CRISTINA EVA CLAR COLOM

Palma (1976). Educadora Social. Experta en Gènere. Experta en conflictes de Multiculturalitat. Postgrau en Cooperació Internacional. Directora de la Llar d'Avinguda Argentina.

LAURA MORADO WUNDERLICH

Pollença (1991). Treballadora Social. Postgrau en Mediació de Conflictes Familiars, Civils i Mercantils. Màster en el Model d'Atenció Integral i Centrat en la Persona. Directora de la Llar de Manacor.

OMAR LAMIN ABEIDI

CRS de Tindouf, Algèria (1988). Treballador Social. Postgrau en Direcció i Gestió Estratègica d'Entitats. Expert Universitari en Intervenció Social en Situacions de Tràfic de Persones i Prostitució. Director Insular d'Atenció Comunitària i Projectes Estratègics de l'IMAS.

**AFECTEN L'ÀÏLLAMENT SOCIAL I
LA SOLITUD A LES FUNCIONS COGNITIVES
EN L'ENVELLIMENT?**

Afecten l'aïllament social i la solitud a les funcions cognitives en l'envelliment?

Pilar Andrés Benito

Margalida Cardona Garí

Resum

L'aïllament social i la solitud s'associen amb una mala salut en l'envel·liment. En aquest capítol volíem abordar la relació entre l'aïllament social, la solitud (com a construccions diferents) i la cognició en adults grans cognitivament sans. Per fer això, vam seguir les directrius PRISMA-ScR. La nostra cerca, duta a terme entre gener de 2017 i abril de 2021, va donar lloc a 2.673 articles, dels quals, finalment, es van identificar dotze estudis longitudinals que compleixen els criteris d'inclusió. Es van mesurar múltiples funcions cognitives (memòria a curt termini i episòdica, atenció i funcionament cognitiu global). Els resultats mostren que tant l'aïllament social com la solitud estan associats a una mala cognició en l'envel·liment, amb la depressió com a possible mediador entre la solitud i el deteriorament de la cognició. Alguns estudis també suggereixen que el vincle entre l'aïllament social, la solitud i el declivi cognitiu pot ser bidireccional. Arribem a la conclusió que tant l'aïllament social com la solitud poden tenir un impacte diferent en les funcions cognitives. Si bé l'aïllament social pot afectar el declivi cognitiu objectiu a causa de la manca d'estimulació cognitiva, la solitud pot estar més relacionada amb la depressió i, per tant, amb la salut cognitiva subjectiva.

Resumen

El aislamiento social y la soledad están asociados con una mala salud en el envejecimiento. El propósito de este capítulo fue investigar el vínculo entre el aislamiento social, la soledad (como construcciones distintas, en contraste con trabajos publicados anteriormente) y la cognición en adultos mayores cognitivamente sanos. Para llevarlo a cabo seguimos las pautas PRISMA-ScR. Nuestra búsqueda, realizada entre enero de 2017 y abril de 2021, arrojó 2.673 artículos, de los cuales finalmente se identificaron doce estudios longitudinales que cumplían con los criterios de inclusión. Se midieron múltiples funciones cognitivas (memoria a corto plazo y episódica, atención y funcionamiento cognitivo global). Los resultados muestran que tanto el aislamiento social como la soledad están asociados con una mala cognición en el envejecimiento, con la depresión como un posible mediador entre la soledad y la mala cognición. Algunos estudios también sugieren que el vínculo entre el aislamiento social, la soledad y el deterioro cognitivo puede ser bidireccional. Concluimos que tanto el aislamiento social como la soledad pueden tener un impacto diferente en la cognición. Si bien el aislamiento social puede afectar el deterioro cognitivo objetivo debido a la falta de estimulación cognitiva, la soledad puede estar más relacionada con la depresión y, por lo tanto, con la salud cognitiva subjetiva.

1. Introducció

L'aïllament social i la solitud poden ser una amenaça per a la salut, la vida i el llegat genètic dels membres de les espècies socials (vegeu Cacioppo i Hawkley, 2009, per a una revisió). Durant el confinament de la COVID-19, per exemple, vam estar aïllats socialment i dos anys després encara podem veure les conseqüències en la salut mental del que vam viure.

Holt-Lunstad et al., (2015) (vegeu Leigh-Hunt et al., 2017 per a una revisió), per exemple, han mostrat l'associació entre aïllament social, solitud i un risc de mort significativament més gran. De la mateixa manera, estar desconnectat suposa un perill comparable a fumar quinze cigarrets al dia i és més predictiu de la mort prematura que els efectes de la contaminació de l'aire o la inactivitat física. Holt-Lunstad et al., 2010, també han demostrat que les persones que tenen relacions socials fortes tenen un 50% més de probabilitat de supervivència que les persones amb vincles més febles. S'han observat efectes similars utilitzant dades del Framingham Heart Study (Fowler i Christakis, 2008; Christakis i Fowler, 2009), que mostra que les possibilitats de ser feliç, deprimat o obès es reflecteixen amb canvis similars en l'amic més proper. Aquest fenomen de contagi és especialment fort si l'amistat és recíproca.

El tema de l'aïllament social i la solitud es considera tan important que, abans de la pandèmia, el Regne Unit va nomenar un ministre de la Soledat i va publicar una estratègia nacional per fer front a la solitud el 2018, i l'Organització Mundial de la Salut va declarar que la solitud és un problema de salut important arreu del món.

En una revisió recent, Bzdok i Dunbar (2020) resumeixen l'evidència que demostra que la solitud afecta el sistema immunitari i redueix així la resistència a les malalties i les infeccions. Els efectes inclouen un augment del risc d'inflamació i hipertensió en la vellesa. Bzdok i Dunbar conclouen que, com més immerses en una comunitat estan i com més connexions socials tenen, més felices i saludables són les persones. Els amics solen actuar com el nostre suport social i són condició sine qua non per a la qualitat de la salut.

Una segona revisió sistemàtica recent de Lam et al. (2021) també ha demostrat una estructura cerebral anormal (substància grisa i blanca) o activitat a l'escorça prefrontal, l'ínsula, l'amígdala, l'hipocamp i l'escorça temporal posterior superior associada a la solitud. La solitud també es relaciona amb marcadors biològics associats a la malaltia d'Alzheimer (per exemple, la càrrega amiloide i tau).

Tant l'aïllament social com la solitud es refereixen a la connexió humana i poden tenir una relació amb la cognició, però no són sinònims. Tal com afirma Palmer (2019), el terme «aïllament social» reflecteix una realitat objectiva, és a dir, un dèficit de fet

en els vincles socials i el suport d'una persona. D'altra banda, la solitud es refereix a un sentiment subjectiu de discrepància entre els desitjos de contactes socials i les interaccions reals.

La investigació sobre l'aïllament social al llarg dels anys ha demostrat que tant els components objectius (aïllament social) com els subjectius (solitud) s'han d'examinar quan s'investiga la seva associació amb la salut i el benestar. Són dos constructes separats que només han mostrat correlacions modestes ($r \sim 0,25 - 0,28$; Palmer, 2019) i poden tenir efectes negatius independents sobre la salut mental de les persones grans (Cheung et al., 2021; Shankar et al., 2015; Steptoe et al., 2013). A més, els individus poden experimentar solitud sense patir també aïllament social, o viceversa (Valtorta i Hanratty, 2012). Aquesta diferència ha estat identificada com a asimetria social per McHugh Power i col·laboradors (McHugh Power et al., 2017; 2019b).

Sabent que el funcionament cognitiu constitueix un resultat important de la salut i el benestar de les persones grans, l'objectiu de la nostra revisió (Cardona i Andrés, 2022) era explorar aquest vincle entre l'aïllament social i la solitud i el funcionament cognitiu en adults grans sans.

Les revisions anteriors no han considerat ambdós constructes com a possibles causes separades del declivi cognitiu. Per tant, era rellevant investigar dins el mateix estudi les contribucions específiques de l'aïllament social i la solitud a la cognició en la gent gran. El propòsit de la present revisió era examinar per primera vegada, en estudis longitudinals recents (darrers cinc anys), la relació entre l'aïllament social i la solitud, com a diferents conceptes, i els canvis cognitius en la vida posterior.

2. Mètodes

La pregunta que volíem investigar era si els adults grans aïllats o solitaris presenten taxes més altes de declivi cognitiu que les persones amb vida/connexions socials riques/actives.

Per respondre en aquesta pregunta es van establir els criteris d'inclusió següents: estudis (1) que examinen la relació entre aïllament social, solitud i funció cognitiva, (2) utilitzant un disseny longitudinal, (3) incloent participants amb una edat mitjana ≥ 60 anys, (4) sense diagnòstic de deteriorament cognitiu ni demència, (5) informant de dades originals, (6) publicats en anglès en una revista revisada per experts i (7) publicats entre gener de 2017 i abril de 2021. Se'n van excloure ressenyes o articles d'opinió.

3. Estratègia de recerca de literatura

Pubmed, Scopus, Web of Science (WOS), Medline i PsycInfo van ser les bases de dades electròniques seleccionades a través de les quals es varen cercar els estudis. La cerca es va fer l'abril de 2021 i incloïa els termes següents: «aïllament social», «solitud», «envelliment», «adult gran», «anciana», «cognició», «funció cognitiva», «processos cognitius», «control cognitiu», «control executiu» i «funció executiva», en diverses combinacions. Per exemple, a Scopus es va fer la cerca següent: («aïllament social») AND (solitud) AND (envelliment, o «adults grans», o gent gran). I (cognició*, o «funció cognitiva*», o «control cognitiu», o «processos cognitius*», o «control executiu», o «funció executiva*») i (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2021)), o LIMIT-TO (PUBYEAR, 2020), o LIMIT-TO (PUBYEAR, 2019), o LIMIT-TO (PUBYEAR, 2018), o LIMIT-TO (PUBYEAR, 2017) i (LIMIT-TO (LLENGUA, «Anglès»)).

4. Procés de recollida de dades i selecció d'estudis

Com es mostra a la figura 1, la cerca inicial va donar 2.673 resultats, dels quals es van identificar 2.262 articles a Scopus, 216 a PubMed, 116 a WOS, 63 a Medline i 31 a PsycInfo. A continuació, les dues autores van dur a terme un procés de filtratge sistemàtic i, en cas d'incertesa, la decisió final sobre la inclusió es va prendre a través de la discussió. Després de la revisió, la mostra final d'aquest estudi està formada per 12 articles.

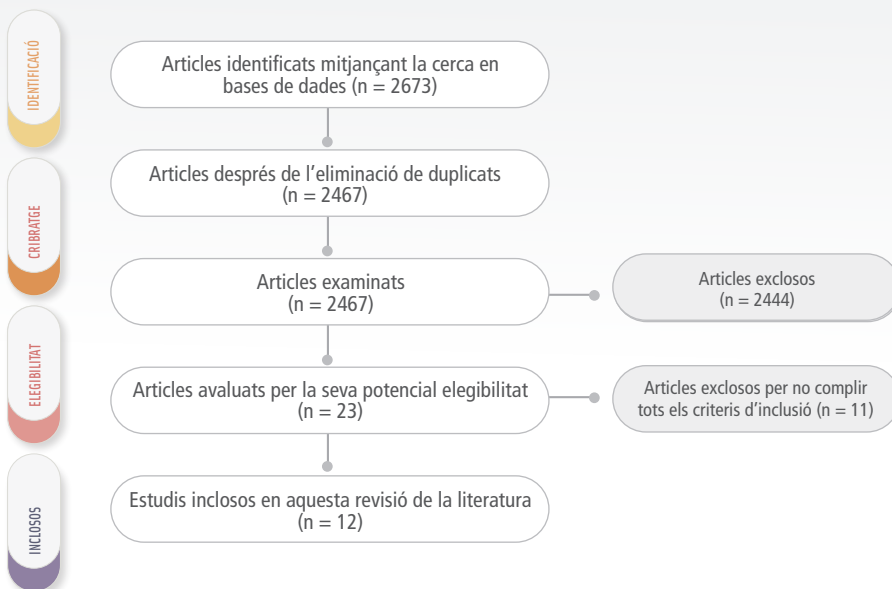


Figura 1. Una visió general del procés de selecció dels estudis

De cadascun dels estudis inclosos es va extreure la informació següent: autors i any de publicació, país i entorn on es va dur a terme, objectiu de la investigació, disseny de l'estudi, característiques de la mostra, solitud o mesura de l'aïllament social, mesura de dominis cognitius, covariables i resultats obtinguts.

5. Resultats

S'han dut a terme estudis en tres continents (Europa, Àsia i Amèrica) i aquests inclouen mostres grans, amb un total de 77.265 participants entre estudis. Els resultats dels estudis seleccionats revelen que l'aïllament social, la solitud i la cognició estan relacionats. La relació entre l'aïllament social, entès com una manifestació *objectiva* de vincles i suport socials, i la cognició sembla robusta, amb resultats congruents (sis de cada sis estudis) que mostren que està associat negativament a les funcions cognitives en poblacions més grans. Les revisions anteriors que avaluaven estudis publicats abans de 2017 havien mostrat una certa heterogeneïtat en els resultats, depenent de les variacions en els enfocaments per mesurar l'activitat social i les xarxes socials entre els estudis (Evans et al., 2019; Kelly et al., 2017; Kuiper et al., 2016). No obstant això, la nostra revisió d'estudis longitudinals recents afegeix evidència consistent a la idea d'un efecte protector de la connexió social a través de la vida sobre les funcions cognitives.

Els resultats dels estudis recents sobre l'efecte de la solitud en la funció cognitiva semblen ser menys consistents. Malgrat el coneixement comú que «la solitud mata», la relació entre la solitud —entesa com el sentiment *subjectiu* de discrepància entre els desitjos de contactes socials i les interaccions reals— i la cognició només es mostra clarament en quatre de nou estudis. Tot i que alguns estudis identifiquen la solitud com a predictor de la funció cognitiva (Lara et al., 2019; Luchetti et al., 2020; McHugh Power et al., 2020; Yin et al., 2019), d'altres no ho fan (Griffin et al., 2019, 2020; McHugh Power et al., 2019a; Wang et al., 2020; Yu et al., 2021), o només ho mostren en els homes (Zhou et al., 2019). A més, aquesta relació pot estar, almenys, parcialment intervinguda per la depressió (McHugh Power et al., 2019a; 2020; Yu et al., 2021).

Mesurar la solitud no és una qüestió senzilla. Es va mesurar per l'escala de soledat de l'UCLA en un estudi (McHugh Power et al., 2020) i per una versió escurçada de tres ítems en cinc estudis (Griffin et al., 2020; Lara et al., 2019; Luchetti et al., 2019; al., segona onada del 2020; McHugh Power et al., 2019a; Yin et al., 2019). Els altres investigadors van utilitzar preguntes individuals (Luchetti et al., 2020; Wang et al., 2020; Zhou et al., 2019). Com a exemple de la prevalença d'aquest enfocament, dels deu estudis que examinen la solitud en la població envellida a la metaanàlisi de Boss et al. (2015), set feien servir preguntes d'un sol ítem per mesurar la solitud, mentre que, de la resta, tres utilitzaven la forma curta de tres ítems de l'escala de soledat revisada

UCLA (Shankar et al., 2013) o l'escala de soledat De Jong-Gierveld de sis ítems (Wilson et al., 2007; Schnittger et al., 2012). A més, investigacions recents han demostrat que els subcomponents de les escales de solitud van resultar ser independents pel confinament durant la COVID-19, donant suport a la idea que la solitud no és un constructe unitari i aïllat, sinó que representa un cúmul de diferents experiències d'integració social i estats socioemocionals (Bartrés-Faz et al., 2021). Per tant, és possible que per captar sentiments de solitud i detectar associacions amb declivi cognitiu s'hauria d'emprar una escala completa (com només va ser el cas en l'estudi de McHugh Power et al., 2020).

Cinc dels dotze estudis revisats consideraven el paper de la depressió com a possible mediador entre l'aïllament social, la solitud i el declivi cognitiu. En l'estudi de Lara et al. (2019) es va avaluar la depressió dels dotze mesos anteriors amb una versió adaptada del CIDI 3.0 (Haro et al., 2006). Lara et al. (2019) conclouen que els resultats no s'havien vist afectats per la depressió, ja que es van mantenir sense canvis després d'excloure les persones amb depressió. De la mateixa manera, Yin et al. (2019) informen que, tot i que la solitud i la depressió mesurades amb set ítems del CES-D (Radloff, 1977), semblaven estar íntimament relacionades, en última instància eren independents i la solitud podria estar associada amb la disminució de la memòria durant una dècada per si mateixa, malgrat els símptomes depressius.

No obstant això, tres estudis mostren un vincle significatiu entre la soledat i la depressió (McHugh Power et al., 2019a; 2020; Yu et al., 2021). El primer demostra que els nivells més alts de simptomatologia depressiva (mesurats mitjançant l'escala CES-D de 20 ítems validada i fiable, Radloff, 1977) prediuen nivells més alts de solitud i un rendiment més baix en l'atenció sostinguda. McHugh Power et al. (2020) també observen que els símptomes depressius (escala CES-D de 20 ítems), però no d'ansietat, medien la relació entre la solitud i el funcionament cognitiu. Finalment, Yu et al. (2021) demostren que l'associació entre la solitud (no l'aïllament social) i el declivi cognitiu torna insignificant després de tenir en compte els símptomes depressius (mesurats amb els 10 ítems CES-D-10, Radloff, 1977).

Cacioppo i Patrick (2008) defineixen la solitud com un senyal que les connexions d'una persona amb els altres s'estan debilitant i cal motivar la reparació i el manteniment d'aquestes connexions, que són necessàries per a la salut, benestar i supervivència dels gens. Aquesta definició considera que la solitud va evolucionar per millorar la supervivència de la gent quan es trobava aïllada socialment mitjançant la hipervigilància i l'augment de la motivació per connectar amb els altres. Reunint els resultats de la revisió actual i els estudis anteriors, els resultats de la depressió com a mediador entre la solitud i el declivi cognitiu trobats en alguns estudis (McHugh Power et al., 2019a; 2020; Yu et al., 2021) serien compatibles amb aquesta concepció. És important

destacar que anteriorment s'ha trobat que la soledat estava estretament associada amb els símptomes depressius (Cacioppo et al., 2010; Sjöberg et al., 2013). A més, dos estudis exclosos d'aquesta revisió demostraven el paper clau que fa la depressió com a mediador entre la solitud i la cognició. L'estudi de Donovan et al. (2017) conclou que, després de dotze anys, l'efecte de la solitud sobre la funció cognitiva torna marginalment significatiu després de controlar la depressió, i que aquesta darrera s'associa amb un efecte més ràpid. De la mateixa manera, Lam et al. (2017) revelen que, només entre els individus que van informar de nivells més alts de símptomes depressius, la solitud s'associa amb una funció cognitiva més pobre.

Curiosament, aquest vincle amb els símptomes depressius no es va observar per a l'aïllament social. A la revisió de Courtin i Knapp (2017) sobre l'aïllament social, la solitud i la salut en la vellesa, 25 estudis analitzaven el vincle entre la solitud i la depressió, tres dels quals analitzaven el vincle entre l'aïllament social i la depressió. L'evidència revisada mostra clarament que la solitud és un fort factor de risc per a la depressió en la vellesa, fins i tot després de controlar una sèrie de covariables com ara les característiques demogràfiques, l'estat civil, l'aïllament social i els factors de risc psicosocial. L'efecte perjudicial de viure sol sobre la depressió es va deure més sovint a la solitud dels homes que de les dones. Tanmateix, l'evidència d'un vincle entre l'aïllament social i la depressió era més feble. Aquesta evidència suggereix que l'experiència subjectiva de la solitud pot estar més fortament relacionada amb la depressió que l'aïllament objectiu per si mateix, i que el vincle entre l'aïllament social i la disfunció cognitiva està menys contaminat per la depressió.

Tenint en compte els estudis que investigaven l'aïllament social i la solitud simultàniament, els resultats de Griffin et al. (2020) i Yu et al. (2021) també suggereixen que l'aïllament social pot tenir un impacte més substancial que la solitud en el declivi cognitiu. Per exemple, les correlacions entre la solitud i la funció cognitiva no eren significatives després de controlar una àmplia gamma de factors de risc demogràfics i psicosocials, que es pensava que influïen en la solitud. D'acord amb les nostres troballes, investigacions recents han proposat que l'aïllament social està més associat amb resultats objectius de deteriorament cognitiu, mentre que la solitud està més associada amb una dimensió subjectiva de la funció cognitiva (Jang et al., 2021). Això també és coherent amb la revisió de Boss et al. (2015), que mostra que quan es va examinar la solitud social i emocional, la primera semblava tenir una correlació més forta amb la funció cognitiva global.

Aquestes troballes suggereixen que tant l'aïllament social com la solitud poden afectar la salut cognitiva, però probablement d'una manera diferent. Si bé l'aïllament social pot afectar el declivi cognitiu objectiu a causa de la manca d'estimulació cognitiva, la solitud pot estar més relacionada amb la depressió i, per tant, amb la salut cognitiva

subjectiva. Això indicaria que els factors que mesuraven la relació entre aïllament social i cognició, i entre solitud i cognició podrien ser diferents, amb un pes més fort en la reserva cognitiva per al primer i en el benestar emocional per al segon. Una possible explicació del vincle entre l'aïllament social i el declivi cognitiu tindria a veure amb la teoria d'«utilitzar-lo o perdre'l» (Hulstch et al., 1999; Salthouse, 2006). Aquesta teoria suggereix que el cervell es pot concebre com un múscul i que la participació en activitats intel·lectuals, socials i físiques estimula el cervell. Si no hi ha participació en les activitats quotidianes, es pot produir una situació de desús del cervell que ocasionarà una disminució de les funcions cognitives. L'associació aparentment més forta entre cognició i aïllament social que entre cognició i solitud aniria a favor d'aquesta explicació.

D'altra banda, tot i que la literatura empírica sobre els mecanismes biològics subjacents implicats en l'aïllament social i la solitud és escassa i no del tot coherent (Palmer, 2019), hi ha algunes evidències que suggereixen que, biològicament, la solitud pot desencadenar deteriorament del sistema immunitari, inflamació crònica, hipertensió, hiperlipèmia (Cacioppo et al., 2014; Cacioppo et al., 2015), hipercortisolisme (Boss et al., 2015) i activació prolongada de l'eix hipotàlem-hipòfisi-suprarenal (HPA), que al seu torn podria causar una disminució de l'arborització dendrítica a l'escorça prefrontal (CPF) i a l'hipocamp (Cacioppo i Hawkey, 2009). No obstant això, molts d'aquests canvis neurològics i fisiològics estan relacionats amb l'envelliment mateix i, per tant, els efectes mixts de la solitud, l'aïllament social i l'envelliment poden ser encara més complexos.

Pel que fa a la direcció de la relació, la idea d'aquesta revisió va sorgir de l'interès per les conseqüències de l'aïllament experimentat durant la pandèmia de la COVID-19, amb la pregunta si l'aïllament social podria ser perjudicial per a la cognició. En aquest sentit, la direcció de l'efecte es pot concebre des de l'aïllament social i la solitud fins a la cognició. Hi ha proves que suggereixen que l'efecte també pot anar en sentit contrari, és a dir, una cognició afectada pot conduir a l'aïllament i la solitud, coneguda com a causalitat inversa. Yin et al. (2019) van arribar a aquesta conclusió després del resultat obtingut d'una taxa més alta de disminució de la memòria que prediu la solitud en el seguiment i viceversa. La possible explicació d'això és que la mala cognició pot generar sentiments d'inseguretat. Schnittger et al. (2012), per exemple, demostren que la disminució de la fluïdesa verbal és un predictor significatiu de la solitud social. Les pobres habilitats de comunicació poden desanimar la conversa, dificultar les relacions significatives i, per tant, augmentar la solitud. Un altre estudi recent (Sin et al., 2021) també ha trobat que una disfunció en la memòria de treball i la planificació podria pronosticar una soledat percebuda com a més alta. McHugh Power et al. (2019a) també revelaren aquesta associació inversa i demostraren que l'atenció sostinguda a la línia de base prediu la solitud quatre anys més tard.

Les revisions anteriors havien esmentat la dificultat per resoldre aquesta qüestió a causa de la gran proporció d'estudis transversals (vegeu, per exemple, Boss et al., 2015; Courtin i Knapp, 2017). La nostra revisió va minimitzar aquest risc exclouent participants amb deteriorament cognitiu de la demència i exclouent estudis transversals. Per concloure, és probable que la relació entre la solitud d'aïllament social i el declivi cognitiu sigui bidireccional.

6. Conclusió

Un aspecte clau d'aquest treball és que hi hem considerat tant l'aïllament social com la solitud, mesures d'aïllament objectiu i subjectiu respectivament. Després de considerar els dotze estudis longitudinals que comprenen grans poblacions heterogènies i culturalment diverses, arribem a la conclusió que tant la solitud com l'aïllament social, comuns entre els adults grans, poden estar associats amb un declivi cognitiu. Sembla que la relació entre l'aïllament social i el declivi cognitiu pot ser més forta que la relació entre la solitud i la cognició, possiblement mediada per la depressió.

També observem que tots dos constructes són complexos, amb una diversitat de definicions i mesures, i requereixen un examen més matisat, amb especial atenció a la naturalesa o formes específiques d'aïllament social, la solitud i les seves interaccions en l'afectació de la salut mental i la cognició. Serien necessàries investigacions addicionals per determinar amb més precisió la causalitat i els mecanismes biològics implicats en l'associació entre l'aïllament social, la solitud i el funcionament cognitiu.

Referències bibliogràfiques

Bartrés Faz, D., Macià, D., Cattaneo, G., Borràs, R., Tarrero, C., Solana, J., Tormos, J., i Pascual-Leone, A., (2021). The paradoxical effect of COVID-19 outbreak on loneliness. *BJPsych Open*, 7, e30, 1-4. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.163>

Boss, L., Kang, D., i Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>

Bude H., i Lantermann E-D. (2006). Soziale exklusion und exklusionsempfinden. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie Und Sozialpsychologie*, 58(2), 233-252. <https://doi.org/10.1007/s11575-006-0054-1>

Bzdok, D., i Dunbar, R. (2020). The Neurobiology of Social Distance. *Trends in cognitive sciences*, 24(9), 717-733. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.05.016>

Cacioppo, J. T., i Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. W. W. Norton & Company.

Cacioppo, J. T., i Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: the toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8, 58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>

Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., i Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging, and social relations study. *Psychology and Aging*, 25, 453-463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>

Cacioppo J. T., i Hawkey, L.C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>

Cacioppo S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., i Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 238-249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., i Boomsma, D. I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion*, 28, 3-21. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>

Carmona, M., i Andrés, P. (2022). Are social isolation and loneliness associated with cognitive decline in ageing? Submitted

Cheung, X., Cosco, T., i Ariyo, T. (2021). Decreasing social isolation to enhance mental health among older adults in China: A mediation analysis of aging attitude. *Frontiers in Psychology*, 12, 735740. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.735740>

Christakis, N. A., i Fowler, J. H. (2009). *Connected: The Surprising Power of our Social Networks and How they Shape our Lives*. Little, Brown. <https://doi.org/10.1163/156853710X531267>

Courtin, E., i Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25, 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>

De Jager, C. A., Budge, M. M., i Clarke, R. (2003). Utility of TICS-M for the assessment of cognitive function in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 318-324. <https://doi.org/10.1002/gps.830>

Donovan, N. J., Qiong, W., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., i Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 564-573. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>

Evans, I., Llewellyn, D. J., Matthews, F. E., Woods, R. T., Brayne, C., Clare, L., i CFAS-Wales research team (2018). Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people. *PLoS ONE*, 13(8), e0201008. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201008>

Evans, I., Llewellyn, D. J., Matthews, F. E., Woods, R. T., Brayne, C., Clare, L., i CFAS-Wales research team (2019). Living alone and cognitive function in later life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 81, 222-233. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.12.014>

Fowler, J. H., i Christakis, N. A. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, a2338. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2338>

Fung, A., Lee, A., Cheng, S. T., i Lam, L. (2019). Loneliness interacts with family relationship in relation to cognitive function in Chinese older adults. *International psychogeriatrics*, 31(4), 467-475. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001333>

Griffin, S. C., Mezuk, B., Williams, A. B., Perrin, P. B., i Rybarczyk, B. D. (2020). Isolation, Not Loneliness or Cynical Hostility, Predicts Cognitive Decline in Older Americans.

Journal of aging and health, 32(1), 52-60. <https://doi.org/10.1177/0898264318800587>

Hajek, A., Riedel-Heller, S. G., i König, H. (2020). Perceived social isolation and cognitive functioning. Longitudinal findings based on the German Ageing Survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(3), 276-281. <https://doi.org/10.1002/gps.5243>

Haro, J. M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T. S., et al. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*, 15, 167-180. <https://doi.org/10.1002/mpr.196>.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., i Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., i Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., i Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*, 26(6), 655-672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>

Hultsch, D. F., Hertzog, C., Small, B. J., i Dixon, R. A. (1999). Use it or lose it: engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology and Aging*, 14(2), 245-263. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.14.2.245>

Jang, Y., Choi, E. Y., Park N. S., Chiriboga, D. A., Duan, L., i Kim, M. T. (2021). Cognitive health risks posed by social isolation and loneliness in older Korean Americans. *BMC Geriatrics*, 21, 123. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02066-4>

Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., i Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic reviews*, 6(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Zuidema, S. U., Burgerhof, J. G. M., Stolk, R. P., Oude Voshaar, R. C., i Smidt, N. (2016). Social relationships and cognitive decline: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, 45(4), 1169-206. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw089>.

- Lam, C. L. M., Junhong, Y., i Lee, T. M. C. (2017). Perceived loneliness and general cognitive status in community-dwelling older adults: the moderating influence of depression. *Aging, Neuropsychology, and Cognition* 24(5), 471-480. <https://doi.org/10.1080/13825585.2016.1226246>
- Lam, J., Murray, E., Yu, K., Ramsey, M., Nguyen, T., Mishra, J., Martis, B., Thomas, M., i Lee, E. (2022). Neurobiology of loneliness: a systematic review. *Neuropsychopharmacology*, 46, 873-1887. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01058-7>
- Lara, E., Caballero, F. F., Rico-Urbe, L. A., Olaya, B., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., i Miret, M. (2019). Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? *International journal of geriatric psychiatry*, 34(11), 1613-1622. <https://doi.org/10.1002/gps.5174>
- Lim, L. L., i Kua, E. H. (2011). Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore. *Current gerontology and geriatrics research*, 673181. <https://doi.org/10.1155/2011/673181>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., i Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Liu, L., i Newschaffer, C. J. (2011). Impact of social connections on risk of heart disease, cancer, and all-cause mortality among elderly Americans: Findings from the Second Longitudinal Study of Aging (LSOA II). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), 168-173. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.10.011>
- Liu, D., Xi, J., Hall, B. J., Fu, M., Zhang, B., Guo, J., i Feng, X. (2020). Attitudes toward aging, social support and depression among older adults: difference by urban and rural areas in China. *Journal of Affective Disorders*, 274, 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.052>
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., i Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503-513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Luchetti, M., Terracciano, A., Aschwanden, D., Lee, J. H., Stephan, Y., i Sutin, A. R. (2020). Loneliness is associated with risk of cognitive impairment in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(7), 794-801. <https://doi.org/10.1002/gps.5304>

McHugh Power, J. E., Kenny, R. A., Lawlor, B. A., Steptoe, A., i Kee, F. (2017). The discrepancy between social isolation and loneliness as a clinically meaningful metric: findings from the Irish and English longitudinal studies of ageing (TILDA and ELSA). *International journal of geriatric psychiatry*, 32(6), 664-674. <https://doi.org/10.1002/gps.4509>

McHugh Power, J. E., Hannigan, C., Carney, S., Feeney, J., Kenny, R. A., Kee, F., i Lawlor, B. A. (2019a). Lonely SARTs: loneliness and sustained attention in the Irish Longitudinal Study of Aging. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 27(2), 197-206. <https://doi.org/10.1080/13825585.2019.1602705>

McHugh Power, J. E., Sjöberg, L., Kee, F., Kenny, R. A., i Lawlor, B. (2019b). Comparisons of the discrepancy between loneliness and social isolation across Ireland and Sweden: findings from TILDA and SNAC-K. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(9), 1079-1088. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01679-w>

McHugh Power, J. E., Tang, J., Kenny, R. A., Lawlor, B. A., i Kee, F. (2020). Mediating the relationship between loneliness and cognitive function: the role of depressive and anxiety symptoms. *Aging & Mental Health*, 24(7), 1071-1078. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1599816>

Morris, J., Heyman, A., i Mohs, R. (1989). The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, 39(9), 1159-65. <https://doi.org/10.1212/wnl.39.9.1159>

Oremus, M., Tyas, S. L., Maxwell, C. J., Konnert, C., O'Connell, M. E., i Law, J. (2020). Social support availability is positively associated with memory in persons aged 45-85 years: A cross-sectional analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 86, 103962. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103962>

Palmer, B. W. (2019). The effects of loneliness and social isolation on cognitive functioning in older adults: A need for nuanced assessments. *International Psychogeriatrics*, 31(4), 447-449. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001849>

Park, N. S., Jang, Y. R., Lee, B. S., Haley, W. E., i Chiriboga, D. A. (2013). The mediating role of loneliness in the relation between social engagement and depressive symptoms among older Korean Americans: do men and women differ? *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences* 68(2), 193-201. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs062>

Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina,

C., i Copeland, J. R. (1999). Development of the EURO-D scale– a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 330-338. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.4.330>

Radloff, L. S., 1977. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

Read, S., Comas-Herrera, A., i Grundy, E. (2020). Social Isolation and Memory Decline in Later-life. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(2), 367-376. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz152>

Reblin, M., i Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201-205. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>

Robertson, I. H., Manly, T., Andrade, J., Baddeley, B. T., i Yiend, J. (1997). 'Oops!': performance correlates of everyday attentional failures in traumatic brain injured and normal subjects. *Neuropsychologia*, 35(6), 747-758. [https://doi.org/10.1016/s0028-3932\(97\)00015-8](https://doi.org/10.1016/s0028-3932(97)00015-8)

Russell, D. W., 1996. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

Salthouse, T. A., 2006. Mental Exercise and Mental Aging: Evaluating the Validity of the "Use It or Lose It" Hypothesis. *Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 68-87. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00005.x>

Schnittger, R. I., Wherton, J., Prendergast, D., i Lawlor, B. A. (2012). Risk factors and mediating pathways of loneliness and social support in community-dwelling older adults. *Aging & mental health*, 16(3), 335-346. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.629092>

Schrepft, S., Jackowska, M., Hamer, M., i Steptoe, A. (2019). Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health* 19, 74. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6424-y>

Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., i Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic medicine*, 75(2), 161-170. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31827f09cd>

Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., i Steptoe, A. (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology, 30*(4), 377-385. <https://doi.org/10.1037/a0022826>

Shankar, A., Rafnsson, S. B., i Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychol Health, 30*, 686-698. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.979823>

Sjöberg, L., Östling, S., Falk, H., Sundh, V., Waern, M., i Skoog, I. (2013). Secular changes in the relation between social factors and depression: A study of two birth cohorts of Swedish septuagenarians followed for 5 years. *J Affect Disord, 150*, 245-252. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.002>

Smith, E. B., Brands, R. A., Brashears, M. E., i Kleinbaum, A. M. (2020). Social networks and cognition. *Annual Review of Sociology, 46*, 159-174. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-121919-054736>

Smith, E. B., Menon, T., i Thompson, L. (2012). Status differences in the cognitive activation of social networks. *Organization Science, 23*(1), 67-82. <https://doi.org/10.1287/orsc.1100.0643>

Smith, K. P., i Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *Annual Review of Sociology, 34*, 405-429. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>

Sin, E., Shao, R., i Lee, T. (2021). The executive control correlate of loneliness in healthy older people. *Aging & Mental Health, 25*(7), 1224-1231. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1749832>

Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., i Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 110*(15), 5797-5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>

Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., i Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing, 6*, 267-275. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0134-8>

Taylor, H. O., Taylor, R. J., Nguyen, A. W., i Chatters, L. (2018). Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *Journal of Aging and Health, 30*, 229-246. <https://doi.org/10.1177/0898264316673511>

Thompson, M. G., i Heller, K. (1990). Facets of support related to well-being: quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. *Psychology and Aging*, 5, 535-544. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.5.4.535>

Tilvis, R. S., Routasalo P., Karppinen H., Strandberg T. E., Kautiainen H., i Pitkälä, K. H. (2012). Social isolation, social activity and loneliness as survival indicators in old age; a nationwide survey with a 7-year follow-up. *European Geriatric Medicine*, 3(1), 18-22. <https://doi.org/10.1016/J.EURGER.2011.08.004>

Umberson, D., Crosnoe, R., i Reczek, C. (2010). Social relationships and health behavior across life course. *Annual Review of Sociology*, 36, 139-157. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-120011>

Valtorta, N., i Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: Do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105, 518-522. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120128>

Wang, H., Lee, C., Hunter, S., Fleming, J., Brayne, C., i CC75C Study Collaboration (2020). Longitudinal analysis of the impact of loneliness on cognitive function over a 20-year follow-up. *Aging & Mental Health*, 24(11), 1815-1821. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1655704>

Wechsler, D., 1955. *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*. Psychological Corporation.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., i Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer's disease. *Archives of General Psychiatry*, 64(2), 234-240. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234>

Yang, R., Wang, H., Edelman, L. S., Tracy, E. L., Demiris, G., Sward, K. A., i Donaldson, G. W. (2020). Loneliness as a mediator of the impact of social isolation on cognitive functioning of Chinese older adults. *Age and ageing*, 49(4), 599-604. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa020>

Yin, J., Lassale, C., Steptoe, A., i Cadar, D. (2019). Exploring the bidirectional associations between loneliness and cognitive functioning over 10 years: The English Longitudinal Study of Ageing. *International Journal of Epidemiology*, 48(6), 1937-1948. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz085>

Yu, B., Steptoe, A., Chen, Y., i Jia, X. (2021). Social isolation, rather than loneliness, is associated with cognitive decline in older adults: The China Health and Retirement

Longitudinal Study. *Psychological medicine*, 51(14), 2414-2421. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001014>

Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Hafner, S., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Döring, A., Grill, E., Huber, D., Peters, A., i Ladwig, K. H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(3), 245-252. <https://doi.org/10.1002/gps.3998>

Zhou, Z., Mao, F., Zhang, W., Towne, S. D., Jr, Wang, P., i Fang, Y. (2019). The Association Between Loneliness and Cognitive Impairment among Older Men and Women in China: A Nationwide Longitudinal Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(16), 2877. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162877>

Autores

PILAR ANDRÉS BENITO

Responsable del grup de recerca en Neuropsicologia i Cognició (NeuroCog, www.neurocog-uib.com) que forma part de l'Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS) de la Universitat de les Illes Balears (UIB) i de l'Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdisBA). També va fundar el grup de treball de Neuropsicologia del Col·legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears. Els seus primers passos en investigació van ser als laboratoris de Psicologia Experimental de les universitats de Barcelona i de Lieja (Bèlgica). Va fer el doctorat (1997) al Departament de Neuropsicologia de la Universitat de Lieja. Durant els anys en aquesta universitat també va col·laborar en treballs de psicofarmacologia amb la indústria farmacèutica (Pfizer i AstraZeneca). En acabar el doctorat fou nomenada neuropsicòloga responsable de l'obertura del primer Centre de Dia de la Memòria creat a la part francòfona de Bèlgica, al si del Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari de Lieja, l'objectiu del qual era establir un diagnòstic precoç i programes de rehabilitació cognitiva individualitzats en pacients amb malaltia d'Alzheimer en estadis primerencs. El 1999 va obtenir un lloc d'investigadora postdoctoral a la Facultat de Psicologia de la Universitat de Cardiff, Regne Unit. Després d'aquest postdoctorat, va assolir el lloc de professora titular (*Senior Lecturer*) de Psicologia a la Universitat de Plymouth (2000), que va ocupar durant vuit anys abans d'integrar-se a la Universitat de les Illes Balears el 2008. Els seus interessos de recerca des de llavors s'han centrat en l'estudi de les funcions cognitives en envelliment i els factors de protecció del funcionament cognitiu.

MARGALIDA CARDONA GARÍ

Palma (1990). Graduada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Gestió per la Universitat de Surrey (el Regne Unit) i Màster en Psicologia General Sanitària per la Universitat de les Illes Balears. Actualment, és la psicòloga responsable del benestar emocional i gestió dels problemes de conducta de les persones amb discapacitat de les àrees de formació, ocupació i Centre Especial de Treball de la Fundació Amadip Esmert. Alhora, és la psicòloga referent de l'ADAA (Associació d'Ajuda a l'Acompanyant del Malalt de les Illes Balears), on porta a terme tasques d'atenció directa (individual, familiar i comunitària) i disseny i impartició de cursos i tallers. També col·labora, com a investigadora de neuropsicologia, amb Pilar Andrés, responsable del grup de recerca en Neuropsicologia i Cognició (NeuroCog), que forma part de l'Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS) de la Universitat de les Illes Balears (UIB).

**VIURE EN COMPANYIA,
UNA ALTERNATIVA D'HABITATGE DIGNE**

Viure en companyia, una alternativa d'habitatge digne

Coloma Reynés Cunill
Elia Riche Bonet
Thelma Cuéllar Beato

Resum

El projecte Viure en Companyia s'inicia el 2020 i pretén oferir a les persones grans l'oportunitat de refer o seguir el projecte de vida dignament creant llars on comparteixin les seves experiències, teixeixin xarxes d'ajuda mútua i evitin l'aïllament o la solitud. Intress ofereix cinc habitatges compartits de quatre places a Palma, amb habitacions individuals i zones comunes.

Els beneficiaris són persones més grans de 60 anys en situació de vulnerabilitat social o risc d'exclusió perquè no tenen accés a un habitatge digne. Les dones pateixen situacions més greus de desprotecció, per la qual cosa des de 2021 s'activen mesures específiques amb perspectiva de gènere.

L'objectiu final és la dignitat mitjançant la promoció de l'autonomia personal, i l'habitatge serà l'instrument amb el qual evitar institucionalitzacions innecessàries per una manca de factors que incideixen negativament en la qualitat de vida.

Aquest article presenta el projecte i, mitjançant l'anàlisi de les dades recollides des de l'inici, elaborarà el perfil de beneficiari, farà visible la seva situació i confirmarà que viure en companyia millora el benestar subjectiu i la situació vital de les persones que participen en el projecte.

Resumen

El proyecto Vivir en Compañía se inicia en 2020 y pretende ofrecer a personas mayores la oportunidad de rehacer o seguir su proyecto de vida dignamente creando hogares donde compartan sus experiencias, puedan tejer redes de ayuda mutua y evitar el aislamiento o soledad. Intress ofrece cinco viviendas compartidas de cuatro plazas en Palma, con habitaciones individuales y zonas comunes.

Las personas beneficiarias son mayores de 60 años en situación de vulnerabilidad social o riesgo de exclusión por no tener acceso a una vivienda digna. Las mujeres sufren situaciones más graves de desprotección, por lo que desde 2021 se activan medidas específicas con perspectiva de género.

El objetivo final es la dignidad mediante la promoción de la autonomía personal, y la vivienda será el instrumento con el que evitar institucionalizaciones innecesarias o tempranas por una falta de factores que inciden negativamente en la calidad de vida.

El presente artículo presenta el proyecto y mediante los análisis de los datos recogidos desde el inicio para elaborar el perfil de beneficiario, visibilizar su situación y confirmar

que vivir en compañía mejora el bienestar subjetivo y la situación vital de las personas que participan en el proyecto.

1. Fonamentació

«L'envelliment de la població és un dels triomfs més grans de la humanitat i també un dels nostres desafiaments més importants»

OMS

Les societats envelleixen a un ritme creixent. L'augment de l'esperança de vida; el descens, sense precedents històrics, de la taxa de natalitat; els canvis en l'estructura, en la grandària i en les formes de la família; els canvis en l'estatus de les dones i la reducció creixent de les taxes d'activitat laboral entre les persones de 60 anys i més han convertit l'envelliment de la societat en una qüestió de màxim interès. L'augment de l'esperança de vida no es redueix només al fet que la població viu més anys, sinó que el nombre de persones grans augmenta al mateix ritme que canvien les seves característiques personals i socials; tenen noves formes de vida i les seves opinions, conviccions i objectius difereixen bastant dels que tenien els qui formaven aquest mateix grup de població fa tan sols unes dècades.

Ja no sols es tracta de viure més anys, sinó de **viure la nostra vellesa més bé i en més bones condicions**. En aquest context, cobra una rellevància important l'estudi del benestar de les persones grans, atès que es troben en un moment vital en el qual disminueix el nombre d'anys que els queden per viure, les probabilitats de malaltia i disfuncions augmenten, i en el qual promocionar la qualitat de vida en la vellesa, i sobretot en la vellesa en situacions de dependència, és el repte més immediat de les polítiques socials.

En aquest punt es pretén oferir una visió general sobre l'envelliment que esdevé en la nostra societat. A continuació, s'exposarà el canvi que ha experimentat el concepte d'envelliment, des de les primeres definicions amb una gran influència mèdica i biològica, centrades en un model de dèficit, i en les quals es veia la vellesa com un estat previ a la mort, fins a les perspectives sociològiques i psicològiques que consideren l'envelliment d'una forma més àmplia i s'allunyen de les definicions centrades exclusivament en aspectes biològics, ja que plantegen que el deteriorament, la malaltia i la pèrdua no són les variables fonamentals del model d'anàlisi sinó que, com en qualsevol etapa de la vida, hi ha guanys i pèrdues.

Com a marc teòric i conceptual de partida del projecte Viure en Companyia, i entenent l'estudi del procés d'envelliment humà com el producte de múltiples relacions,

complexes i dispars entre si, analitzarem aquest concepte a partir de tres conjunts de variables: sociodemogràfiques, socials i psicològiques.

L'envelliment de la població és un dels resultats de l'evolució dels components del canvi demogràfic, el descens de la mortalitat i l'augment de l'esperança de vida i el descens de la natalitat que se'n deriva. Aquest canvi incideix tant en el creixement de la població com en la seva composició per edats. En la mesura en què avança la transició demogràfica i descendeix la mortalitat, i principalment també la fecunditat, s'assisteix a un **procés gradual i creixent d'envelliment de la població**.

La població de més de 65 anys a Espanya, a 1/07/2021 (INE), ascendeix a 9.444.039 persones, el 19,95% sobre el total de la població (47.326.687 persones).

El sexe predominant en la vellesa és el femení. Una de les primeres característiques que apareixen és la notable diferència segons el sexe: un 43,52% de les persones més grans de 65 anys són homes i un 56,48% són dones. Per tant, hi ha un 12,96 % més de dones grans que d'homes en aquestes circumstàncies; un fet explicable, sens dubte, per l'esperança de vida més elevada de les dones.

A Espanya, l'envelliment de la població, encara que una mica més tardà en el temps, ha estat particularment intens. En cinquanta anys, el nombre de persones de més de 65 anys ha passat de dos milions i mig el 1960 (un 8,2% de la població total) a més de nou milions quatre-centes mil el 2021, amb un índex d'envelliment del 129,11%.

Aquest procés s'ha concentrat en els últims vint anys. Entre 1960 i 2018, el nombre de persones de 65 anys i més va en camí de triplicar-se, mentre que en el mateix període la població total haurà augmentat una quarta part. En els pròxims anys es preveu que la població de més de 65 anys a Espanya continuarà incrementant-se de manera notable, alhora que disminuirà la proporció de joves. El gràfic següent mostra l'evolució de la població de 65 anys i més a Espanya des de 1900 i les previsions fins al 2068, en milers, diferenciant les persones entre 65 i 79 anys (blau fosc) i les que tenen 80 anys i més (blau clar), segons l'INE.

Segons l'IBESTAT, **a les Illes Balears la població d'entre 65 i més de 85 anys és de 187.362 persones el 2021, una xifra que suposa el 15,97% de la població general**. De les persones grans a les Illes Balears, les dones en suposen el 55,48%. El percentatge de població de més de 65 anys es reparteix de la manera següent: el 79,78% es troba a Mallorca; el 10,59%, a Eivissa; el 8,84%, a Menorca, i el 0,79%, a Formentera.

El 79,8% de la població de més de 65 anys es concentra a Mallorca, especialment a Palma, amb 68.655 persones, que suposen el 45,93% de les que tenen més de 65 anys

de l'illa; seguit de Calvià, amb un 5,50%; Manacor, amb el 4,57%, i Lluçmajor, amb el 3,95% de les persones grans de Mallorca.

L'edat augmenta la probabilitat de viure en soledat. La forma majoritària de convivència entre homes de 65 anys o més és la parella (gairebé en el 50% dels casos), mentre que **entre les dones augmenta el percentatge de persones que viuen soles**, que arriba al doble del percentatge d'homes que viuen en llars unipersonals.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), els reptes d'una població envellida són globals, nacionals i locals, per als quals caldrà una planificació innovadora i polítiques substantives. Els reptes que caldrà afrontar són:

Taula 1 | *Reptes davant l'envelliment poblacional*

Repte 1	La doble càrrega de malaltia
Repte 2	L'augment del risc de discapacitat
Repte 3	La necessitat de proporcionar atenció a les poblacions envellides
Repte 4	La feminització de l'envelliment
Repte 5	L'ètica i les desigualtats
Repte 6	L'economia d'una població envellida
Repte 7	Forjant un nou paradigma

Font: elaboració pròpia

Viure en Companyia és una passa més per fer front als reptes 3, 4, 5, 6 i 7, especialment els tres darrers, perquè són les necessitats que condueixen a una vulnerabilitat social més important, però també causen una vulneració de drets personals, com són els de la dignitat, la llibertat i la participació.

En els estudis que s'han dut a terme sobre l'envelliment partint de diferents perspectives, això ha anat evolucionant i ha operat un canvi conceptual des de les primeres definicions, amb una influència mèdica marcada fins a les més actuals, que preveuen **aspectes físics, sociològics i psicològics**. Les primeres definicions de la vellesa des d'un enfocament científic van aparèixer els anys cinquanta, molt influenciades per perspectives mèdiques i biològiques, amb l'estudi de la vellesa molt centrat en un model de dèficit i en característiques exclusivament patològiques. Aquesta tendència a situar la vellesa com a producte biològic va aportar elements importants a la discussió conceptual de la vellesa. Sobretot, quan es va poder observar la manca d'uniformitat dels canvis físics i la complexitat d'altres elements psicològics i socials que també van influir significativament en la forma en què es va presentar aquesta edat. Aquestes

discussions van permetre integrar, paulatinament, altres elements que van suposar la passa d'un concepte rígid de vellesa a relativitzar-se a la llum del coneixement psicològic i social.

Amb l'aparició de la psicologia positiva, l'enfocament d'interès canvia i se centra a trobar qualitats humanes per funcionar com a «amortidors» contra les adversitats i aconseguir, així, **més qualitat de vida i més benestar**. No obstant això, la inclusió del context social com una influència important del «desenvolupament» en l'edat adulta va ser posterior o no tenia la mateixa força conceptual. **A poc a poc, algunes definicions van destacant el paper de les condicions socials i psicològiques en l'envelliment**. En aquest sentit, resulta clau entendre que l'envelliment no és només un fenomen estrictament orgànic, sinó que és un procés més complex en el qual també interactuen variables socials i psíquiques, que es treballen des d'aquest projecte.

La distinció entre la vellesa i l'envelliment apunta a un canvi de termes i, també, a un redimensionament epistemològic en molts dels casos que relativitzava el coneixement sobre la vellesa. Afirmen que l'envelliment de l'ésser humà és un procés caracteritzat per la diversitat. **Els factors que determinen aquesta diversitat són: el patrimoni genètic, l'estat de salut, el nivell socioeconòmic, les influències socials de l'educació i l'ocupació, les diferències per generació i personalitat, etc.** A més, cal considerar que és una etapa canviant amb el temps.

Les teories biològiques, molt influenciades per les perspectives mèdiques i biològiques, consideraven la vellesa com un estat previ a la mort i pretenien explicar les causes de l'envelliment al·ludint a una disminució del funcionament corporal. En l'àmbit biològic hi ha una gran varietat de teories que pretenen explicar el procés d'envelliment, que podem dividir en dues grans categories: les estocàstiques i les no estocàstiques.

Les teories psicològiques reforcen la necessitat de dissenyar serveis que considerin les persones grans amb capacitats de fer i aportar, que fomentin el desenvolupament d'activitats significatives i des dels interessos propis, així com també que es facilitin eines d'acceptació i apoderament entorn a la seva situació vital, on siguin autònoms en la presa de decisions i de quina forma volen participar i/o contribuir al grup. En aquesta branca destaquen les teories d'Erickson sobre l'activitat (1950), la teoria de la continuïtat (1963 i 1989) i l'enfocament del cicle de vida (1975).

A partir d'aquestes premisses, destacarem alguns conceptes com el de la teoria de l'activitat, que sosté que l'envelliment òptim dependrà de l'esforç de les persones per mantenir un estil de vida actiu, compensant les pèrdues socials. De la mateixa manera, es considera important que trobin un substitut adequat de les activitats a les quals han hagut de renunciar, com és el cas de la feina. D'aquesta manera, es promou l'activitat

com a fonament d'una vellesa sana, involucrant les persones grans en l'estimulació d'interessos i objectius que els mantenen mentalment àgils i dinàmics.

Segons la teoria de la continuïtat, les persones tendiran més a la continuïtat que al canvi, sempre que altres situacions es mantinguin estables. Això vol dir que estaran predisposats i motivats cap a una continuïtat, tant de les condicions externes (per exemple, de les activitats que fan en un entorn familiar) com de les condicions psicològiques internes, ja que es manté que hi ha una estabilitat en les disposicions de la personalitat, així com en els valors i en les creences.

Cal destacar, també, la teoria de l'enfocament del cicle de vida, en la qual es consideren experiències de vida individuals, normatives i no normatives. S'argumenta que, al llarg de l'existència, la variabilitat interindividual augmenta de manera que, a mesura que les persones envelleixen, esdevenen més diferents les unes de les altres. Entre els supòsits bàsics del cicle vital destaca que, al llarg de la vida, hi ha un equilibri entre els guanys i les pèrdues que es viuen. Des d'aquesta perspectiva, l'ésser humà es concep com un organisme actiu amb capacitat de plasticitat suficient per adaptar-se i compensar, en certa manera, les pèrdues que experimenta.

Les teories sociològiques pretenen donar sentit a com envellim en un marc social, i s'han centrat a explicar com les persones grans s'adapten, durant l'última etapa de la seva vida, a les condicions que ofereix la societat, com cerquen respostes als problemes que se'ls presenten i com assumeixen les pèrdues i frustracions que aquests generen.

Viure en Companyia treballa per fomentar l'envelliment actiu de la gent gran que n'és usuària, fomentant-ne tant com sigui possible l'autonomia per al desenvolupament de les activitats bàsiques de la vida diària, així com la participació tant en les dinàmiques pròpies de la llar com en la comunitat, i reconeix que les persones grans no són un grup homogeni, alhora que la diversitat de la persona tendeix a augmentar amb l'edat.

El terme «envelliment actiu» va ser adoptat per l'OMS a finals dels anys 90 amb la intenció de transmetre un missatge més complet que «envelliment saludable» i reconèixer els factors que, juntament amb l'atenció sanitària, afecten la manera en què les persones i les poblacions envelleixen. L'enfocament de l'**envelliment actiu** es basa en el reconeixement dels drets humans de la gent gran i en els **principis d'independència, participació, dignitat, cura i compliment dels propis desitjos** (Nacions Unides). Des d'un enfocament «basat en les necessitats» (que veu la gent gran com a objectius passius) fins a un enfocament «basat en els drets», que reconeix els drets de la gent gran a la igualtat d'oportunitats i tracte en tots els aspectes de la vida a mesura que envelleix. I dona suport a la seva responsabilitat de participar en tots els aspectes de la vida comunitària.

La cultura i el gènere són determinants transversals en el marc de la comprensió de l'envelliment actiu, atès que influeixen en tots els altres determinants:

- El gènere: és una «lent» a través de la qual es pot considerar la idoneïtat de les diferents opcions polítiques posades en marxa i com afectaran el benestar tant d'homes com de dones.
- La cultura, que envolta persones i poblacions: els valors i les tradicions culturals determinen en gran mesura com una societat determinada considera la gent gran i el procés d'envelliment.

El procés de l'envelliment ha estat envoltat de creences i estereotips relacionats amb la pèrdua, la discapacitat, les malalties i els problemes cognitius, entre d'altres, que sovint no tenen res a veure amb la realitat i que, no obstant això, crea en la societat una imatge negativa d'aquest col·lectiu. Però la gent gran és molt diferent una de l'altra, i hi ha moltes maneres d'envellir, influïdes per factors personals, socials, culturals, etc. Per tant, és raonable pensar que estereotips tan arrelats com la dependència, l'aïllament social o la mala memòria poden afectar molt negativament la viabilitat de l'envelliment i acabar provocant una profecia autocumplidora.

Per tant, podríem dir que la imatge social negativa de la vellesa afecta no tan sols les actituds dels altres cap a la gent gran, sinó també l'autopercepció. Aquesta imatge social negativa envers la vellesa és el que a l'actualitat es diu **edatisme**, com el procés d'estereotip i discriminació sistemàtica contra les persones perquè són grans. Butler (1969) afirma que l'edatisme influeix en el comportament de les seves víctimes. Les persones grans tendeixen a adoptar definicions negatives de la vellesa i, per tant, perpetuen una varietat d'estereotips que s'adrecen a ells mateixos, reforçant les creences socials. De fet, en la revisió de la literatura que s'ha fet, tots els autors que es refereixen a aquest tema sembla que estan d'acord en el fet que els estereotips i les imatges socials negatives sobre el procés d'envelliment i sobre la gent gran poden comportar conseqüències nocives per a elles. Per tot plegat, l'edatisme s'ha destacat com la tercera gran **forma de discriminació** de la nostra societat, després del racisme i el sexisme. A més, l'edat pot ser un factor precipitat en el maltractament a la gent gran.

Això demostra la **necessitat d'un canvi de cultura, una redefinició del significat social de la vellesa i de les formes d'integració social i cultural de les persones grans**, alhora que subratlla la **necessitat d'un canvi de model d'atenció a la gent gran on el model d'atenció integral i centrat en la persona pot ser l'alternativa i la clau del canvi**.

Aquest projecte, a part del marc teòric exposat, es basa en els resultats obtinguts de la investigació que duem a terme l'Intress juntament amb la UIB sobre els factors de

vulnerabilitat social que afecten les persones adultes més grans, publicats en *l'Anuari de l'Envel·liment 2020*, d'on sorgeixen reptes per a un envelliment digne. L'anàlisi es va fer amb una mostra composta per 75 usuaris de més de 60 anys que, amb freqüència, es dirigien als serveis de promoció de l'autonomia personal gestionats per Intress. Segons la investigació, un alt nombre de persones grans viuen actualment en soledat; també tenen una xarxa social pobre, on el 21,3% no rep visites, i el 28,4% expressa una gran incomoditat davant la percepció d'una soledat permanent. Els resultats assenyalen que la percepció de la soledat influeix negativament en situacions de vulnerabilitat.

Actualment, s'afegeix un factor socioeconòmic important a la qüestió de la vulnerabilitat de la gent gran que s'agreuja encara més, i és l'augment del lloguer i la dificultat d'accedir a aquest règim d'habitatge. Com es pot observar al perfil, la situació econòmica de les persones principals és precària, especialment per a les dones, i fa impossible que les que no tenen habitatge en propietat puguin accedir a un de digne a causa d'aquestes condicions socioeconòmiques anteriorment explicades.

El projecte comença al 2020 a Palma amb el finançament de la Fundació la Caixa, amb què obrírem tres pisos. Al 2021, amb la col·laboració de l'IBDona, es va poder ampliar la xarxa amb dos habitatges més exclusius per a dones víctimes de violència masclista. Avui en dia, es mantenen els cinc pisos, que suposen 20 places. L'objecte és oferir una alternativa d'habitatge digne i acompanyament per un equip de professionals especialitzats en l'atenció a gent gran que durà a terme el seguiment grupal i individual, el suport a l'habitatge i gestió de suports que puguin necessitar tant en l'àmbit logístic com social o personal, a persones grans sense grau de dependència amb dificultats pel que fa a l'habitatge, per promocionar i mantenir la seva autonomia personal el màxim temps possible al domicili.

La realitat és que el 100% de les persones ateses té dificultats econòmiques que els fan impossible trobar un habitatge per a elles soles o en condicions per viure-hi. Un altre problema amb el qual es troben és l'abús envers el sotsarrendament d'habitacions amb preus abusius, moltes vegades en males condicions, amb hores establertes d'estada a dins, sense ús de zones comunes...

L'habitatge digne serà l'eina per poder refer, construir o seguir amb els seus projectes de vida. L'objectiu principal del projecte és generar una xarxa d'habitatges per a persones grans autònomes, adaptats a les seves necessitats en els quals trobin un espai familiar, segur i independent amb els suports que puguin requerir per dur a terme el seu projecte de vida amb autonomia. El fet de formar part d'una comunitat organitzada, de compartir i de prendre decisions conjuntament permet que s'allunyin de la concepció assistencial que s'acostuma a tenir en relació amb la gent gran.

Viure compartint una llar permet combatre la soledat, i això repercuteix de manera positiva en la salut i qualitat de vida de les persones de manera objectiva i subjectiva.

2. Metodologia

2.1. Mètode i instrument

La metodologia utilitzada és quantitativa i qualitativa. En concret, s'ha passat un qüestionari de 18 preguntes a les persones que empren el servei, amb 14 preguntes quantitatives i 4 de qualitatives on es recull la informació següent: dades sociodemogràfiques, percepció d'impacte en la seva situació vital, satisfacció amb l'acompanyament professional, aspectes forts / a millorar i grau de satisfacció.

Els registres emprats per recollir les dades són: sol·licitud, informació personal recollida a l'entrevista, registre de participació, registre d'accions tant grupals o individuals i registre d'incidències.

2.2. Mostra

La mostra utilitzada per fer aquesta anàlisi del projecte és de 76 sol·licitants, dels quals 24 han estat o són beneficiaris del servei i han emplenat el qüestionari. Un 62,5% d'homes i un 37,5% de dones. El 83,3% de les persones enquestades duu entre quatre mesos i un any en el projecte.

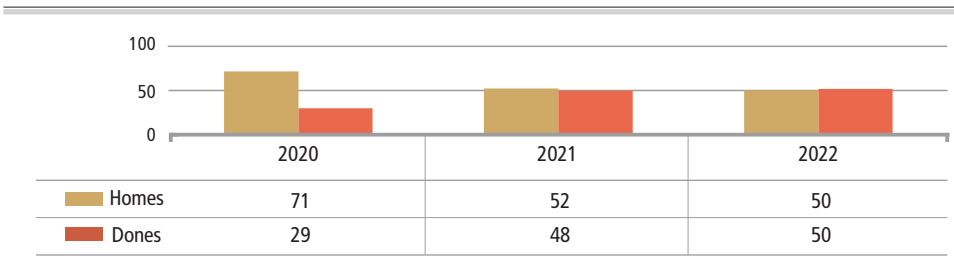
3. Anàlisi del projecte

3.1. El perfil de les persones usuàries

En l'àmbit general, el perfil de sol·licitant és el d'una dona (51%) de 66 anys, espanyola, amb estudis bàsics, que percep una PNC i derivada, majoritàriament, per serveis socials de les 47 entitats derivants.

Si ens centram en el perfil de la persona beneficiària, ens trobam amb un home (51%) d'uns 68 anys, fadrí o vidu, amb estudis mitjans o superiors i amb una pensió de jubilació per sota del SMI, amb una mitjana d'ingressos de 7.000 euros anuals. Cal dir que, anteriorment a l'aplicació de mesures amb perspectiva de gènere, el gènere del beneficiari principal era l'home, al voltant del 70%.

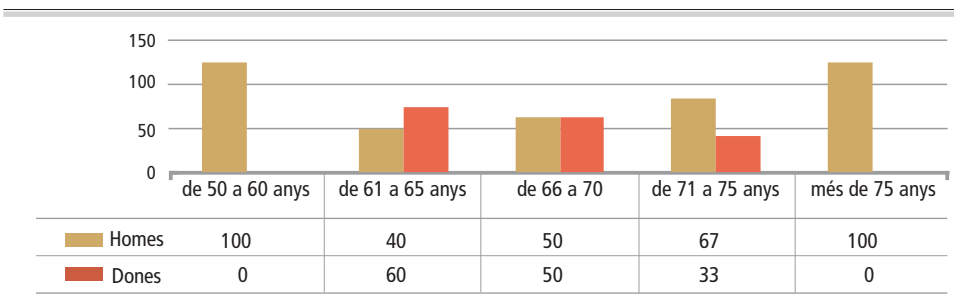
Gràfic 1 | Evolució del perfil de persona beneficiària segons el gènere



Font: elaboració pròpia

La mitjana d'edat és de 66 anys; la majoria es troba entre els 61 i 70 anys (62%) i lleugerament menor entre els 71 i 75 anys (23%).

Gràfic 2 | Franges d'edat de les persones beneficiàries segons el gènere

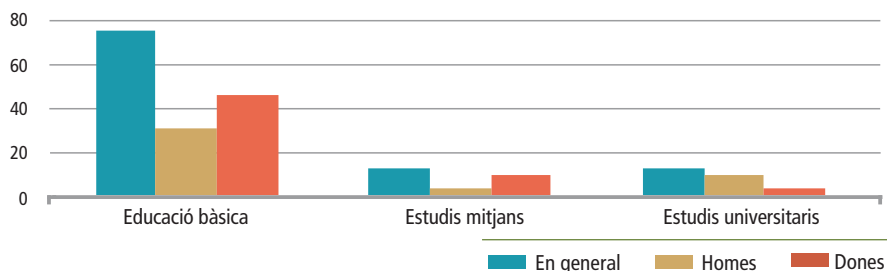


Font: elaboració pròpia

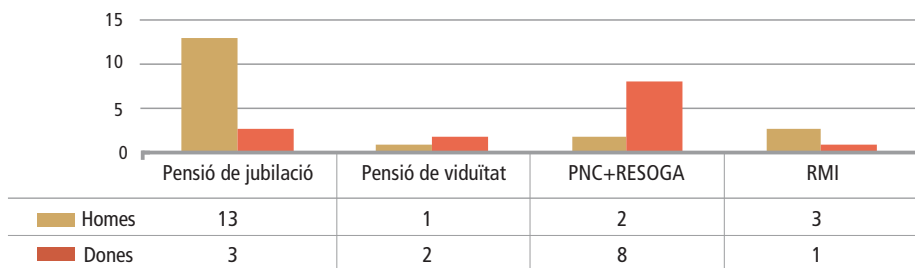
En relació amb l'estat civil, el 71% de les dones del projecte estan separades o divorciades, el 60% dels homes són vidus i un 38%, fadrins.

El nivell d'estudis dona visibilitat a un aspecte que incideix en el fet que les dones es trobin en situacions més elevades de vulnerabilitat, en les quals sols el 3% té estudis universitaris envers el 9% dels homes. La resta de dones tenen estudis bàsics, per la qual cosa perceben pensions de jubilació més baixes que els homes.

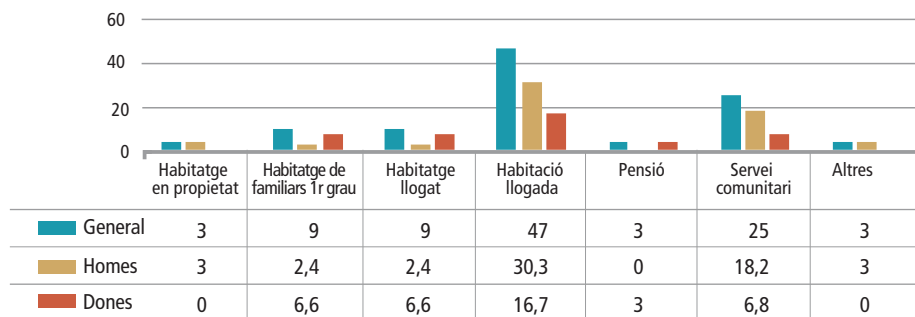
La mitjana dels ingressos mensuals és de 612 euros (8.314,20 euros/any), i la franja d'ingressos anuals és d'entre 15.582 euros i 5.160 euros la persona que menys ingressos percep, la qual és una dona.

Gràfic 3 | *Nivell d'estudis segons el gènere*

Font: elaboració pròpia

Gràfic 4 | *Tipus d'ingressos de les persones beneficiàries*

Font: elaboració pròpia

Gràfic 5 | *Classe d'habitatge anterior al projecte*

Font: elaboració pròpia

Quant a l'estil del domicili anterior al projecte, la majoria provenen de serveis comunitaris; la majoria, homes. Les dones venen de domicilis familiars o d'habitatges llogats, malgrat que la seva font d'ingressos és menor que la dels homes.

El 53% considera que té una xarxa de suport no gaire enfortida —en la seva majoria, dones—, però amb la qual no pot comptar per a temes d'habitatge.

Una dada significativa és que el 87% de les dones han patit violència masclista o la patien just a punt d'entrar al projecte contra la violència masclista.

3.2. Aspectes relacionats amb el projecte

Des del 2020, 33 persones han estat beneficiàries del projecte; el 51%, homes. Un 7% de les sol·licituds rebudes són denegades directament, sense fer entrevista individual, per incompliment amb els requisits. Majoritàriament, incompleixen el de tenir ingressos per assumir les despeses derivades de l'allotjament i la resta, per problemes de salut mental que impedeixen la convivència sense supervisió constant, per la qual cosa els deriven a serveis especialitzats.

El 93% restant fan una entrevista individual; d'aquestes, el 9% no es consideren candidates a beneficiar-se del projecte, i en el 21%, després de l'entrevista la persona decideix no continuar endavant amb el procés.

El 59% de sol·licitants acaben beneficiant-se del projecte.

El perfil de residents que hem tingut fins al 2021 era del 70% homes i el 30% dones, amb una mitjana d'edat de 65 anys i una mitjana d'ingressos anuals de 7.000 euros/any procedents, el 80%, de PNC + RESOGA.

A partir del 2021, amb mesures positives cap a la dona, el perfil beneficiari de dones puja fins al 49% i el d'homes es redueix al 51%.

El motiu majoritari que motiva la participació al projecte és el tenir una situació econòmica que no els permet accedir a un habitatge ni assumir les despeses que se'n deriven (88%).

Per tal de mesurar l'impacte en el benestar i qualitat de vida de les persones que participen en el projecte, el qüestionari els demana que puntuïn la seva situació inicial i la seva situació dins els primers tres mesos com a beneficiàries del projecte. Els resultats són que la situació del 76% considera que la situació personal millora molt i un 24% consideren que ha millorat un poc, comparant-la amb la

inicial. La millora es troba 0,7 punts de mitja per sobre dins els tres primers mesos d'estada.

El grau de satisfacció amb el projecte és de 4,65 sobre 5, i els aspectes que més valoren del projecte són la tranquil·litat i seguretat que els aporta, el suport de les professionals, no sentir-se sols/es i tenir un habitatge en condicions.

A la pregunta de si recomanarien el projecte a persones conegudes que es trobessin en una situació de vulnerabilitat, el 100% responen que sí.

4. Conclusions

Després de dos anys de projecte, consideram que hi ha dos factors clau: un és la perspectiva de gènere i l'altre, la importància de l'acompanyament del professional per tal de promocionar i mantenir l'autonomia.

Pel que fa a la perspectiva de gènere, el projecte cobreix les necessitats derivades de les discriminacions per raó masclista que acumulen les dones grans, ja que les seves condicions socioeconòmiques són pitjors que les dels homes quan arriben a la vellesa, un fet que fa que augmenti la seva vulnerabilitat i risc d'exclusió social. Aquesta vulnerabilitat més elevada en l'etapa de la vellesa comporta l'augment dels factors que empitjoren el seu estat de salut i l'emocional.

Quant al concepte d'**interseccionalitat del gènere** amb altres fonts de desigualtat, aquest en l'actualitat ocupa un lloc central en la teoria política masclista. La comprensió del fenomen de la violència contra les dones, entesa com a manifestació extrema d'aquesta desigualtat, es beneficia enormement d'aquestes aportacions. Es tracta d'un concepte que afirma la coexistència de diversos factors o eixos de subordinació (vulnerabilitats, violències, discriminacions) que se superposen en la vida d'una persona, i que permeten superar el reduccionisme que comporta percebre les diferents opressions com a realitats independents. Com assenyala J. Gracia Ibáñez (2012): «D'aquesta forma, algunes dones, col·locades en posicions d'intersecció entre eixos diversos, pateixen la desigualtat d'una manera única i qualitativament diferent, que no pot i no ha de ser analitzada a partir d'una simple suma de categories. En aquests casos, els múltiples desavantatges interaccionen amb les vulnerabilitats preexistents produint una dimensió diferent de desapoderament».

Així, podem observar que les dones grans experimenten més discriminació masclista que les dones joves, i també més discriminació per edat que els homes grans. Les dones grans tenen més dificultats per demanar ajuda, segons la «Macroenquesta

de Violència contra la Dona» (2019) que elabora la Delegació del Govern contra la Violència Masclista cada quatre anys en col·laboració amb el Centre d'Investigacions Sociològiques (CIS): de les dones que han patit violència de parella, en relació amb l'edat, les dones de 65 o més anys són les que menys han contactat els fets a persones del seu entorn (52,5%), contràriament a la resta de grups d'edat, que ronden o superen el 80%. Quant a posar-ho en coneixement de la policia o denunciar la violència, trobam que les dones de més de 65 anys són les que refereixen una taxa més reduïda de denúncia (17,6%).

Entre els factors de vulnerabilitat que expliquen aquestes dades, cal esmentar la falta de detecció i la invisibilitat, la dependència econòmica, més aïllament i soledat, la falta de suport, la persistència dels rols tradicionals masclistes o el dany produït pel maltractament continuat. Les dones grans són més vulnerables, des del punt de vista econòmic, que les dones més joves. La pobresa, la manca d'habitatge, la manca d'accés a serveis essencials o la pèrdua o dany en les relacions familiars són conseqüències previsible davant la denúncia d'un comportament abusiu per part de la seva parella, així com un possible ingrés involuntari en una residència en cas de dependència.

L'efecte de la normalització social vinculada amb l'edatisme comporta el mandat que, a certa edat, les situacions de violència o desigualtat tenen baixa possibilitat de ser resoltes. També, que l'efecte transformador a través de l'acompanyament professional és baix a causa de l'edat de les dones i que, en conseqüència, ja no es fa necessari o prioritari invertir-hi recursos socials especialitzats.

Així, abordar la violència masclista de dones de 65 anys i més requereix un enfocament específic, tant pel que fa al procés de conscienciació com a víctimes com pel que fa a la informació sobre els seus drets i recursos de protecció i suport al seu abast. Les orientacions i intervencions amb aquestes dones necessàriament han de tenir present la seva realitat, el seu entorn i la pressió masclista que van rebre durant el seu procés de socialització i educació, i que ha donat lloc a repercussions molt negatives per a elles.

En concret, els **reptes** que s'han d'afrontar, relacionats amb l'acompanyament a les dones grans víctimes de violència masclista, són: oferir espais i eines per a la identificació i autoidentificació, serveis especialitzats d'atenció, protocols que evitin l'edatisme, incorporació de la perspectiva d'interseccionalitat en les accions, eines i recursos, abordatge de les dificultats d'accés d'aquestes dones a les eines, serveis de prevenció, atenció, recuperació i reparació de les situacions viscudes i formació especialitzada dels professionals per evitar actituds edatistes i/o masclistes.

Al projecte Viure en Companyia, des del 2021 s'han aplicat un conjunt de mesures que han augmentat un 31% la presència de dones al projecte. Les accions desenvolupades són:

- Prioritzar la gestió de la sol·licitud al projecte de dones; en especial, les víctimes de violència masclista.
- Oferir un pis exclusiu per a dones.
- Prioritzar l'entrada als habitatges de les dones en llista d'espera; en especial, les víctimes de violència masclista.
- Ocupar els pisos un mínim del 25% amb dones.

Per una altra banda, s'ha de concloure que aquest projecte, sense l'acompanyament de les professionals, no tindrà viabilitat, pel perfil de les persones que ocupen els pisos, amb històries de vida complexes i que en la seva majoria venen de situacions d'exclusió social. Per això, la tasca de les professionals en la gestió de la convivència, espais comuns, suport a gestions personals i administratives per millorar la seva situació actual, promoció de l'autonomia mitjançant els suports necessaris, coordinació amb altres professionals de l'àmbit social i/o sanitari, i convertir-se en un referent de seguretat i confiança són clau per a la continuïtat del projecte, mesurant una dedicació de 8 hores setmanals per pis, amb un equip interdisciplinari format per una treballadora social i una tècnica sociosanitària.

Referències bibliogràfiques

Castejón, P., Morán, E., Rodríguez, C. i Rodríguez, P. (2013). *Las personas que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social*. Colección Estudios de la Fundación Pílares para la Autonomía Personal.

Flecha, A. C. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 25, 319-341. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135043709015>

Hervás, G. (2009). El bienestar de las personas. A C. Vázquez i G. Hervás (Ed.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Alianza.

Martínez, T. (2009). *Diseño e implementación de los programas de intervención psicosocial en las residencias para personas mayores*. Pirámide.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. (2011). *Informe sobre las mujeres mayores en España*.

Ramos, M. (2017). *Envejecer siendo mujer. Dificultades, oportunidades y retos*. Editorial Bellaterra.

Rodríguez, M. M. (2010). *Maltrato a personas mayores. Un análisis desde la perspectiva de género*. Red Latinoamericana de Gerontología. www.gerontologia.org

Sánchez-Prieto, L., Orte, C., Coll, M., Ballester, L., Fraga, C., Vaquer, B., Reinares, N., Gomila, M. A. i Vives, M. (2017). La vulnerabilitat en les persones grans. Radiografia dels usuaris dels casals. *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears 2017*. Universitat de les Illes Balears, Govern de les Illes Balears i Caixa Colònia (p. 241-272).

Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y con la satisfacción vital* [Tesi doctoral]. Universitat de València.

Vives, M. (2016). Senior cohousing. Una nova alternativa de convivència per a la gent gran. *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears 2016*. Universitat de les Illes Balears, Govern de les Illes Balears i Caixa Colònia (p. 382-408).

Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. IMSERSO. Colección Estudios: Serie Personas Mayores.

Autores

COLOMA REYNÉS CUNILL

Palma (1980). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Té el títol de postgrau en Direcció i Gestió de Serveis d'Atenció a les Persones Adultes Majors i de màster en el Model d'Atenció Integral i Centrat en la Persona en Serveis per a Persones Majors i/o amb Discapacitat, de la Fundación Pilares para la Autonomia Personal i la Universitat de Vic. Des de fa 15 anys es dedica a dirigir centres de dia per a persones adultes grans; els dos darrers, com a responsable de l'àrea de coneixement de gent gran d'Intress. També imparteix formacions relacionades amb el model d'atenció integral i centrat en la persona a la mateixa entitat i per a personal de l'administració pública de les Illes Balears.

ELIA RICHE BONET

Palma (1990). Graduada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Intercanvi universitari amb pràctiques a la Universitat Major de Xile. Ha cursat diferents formacions relacionades amb la discapacitat, així com amb l'exclusió social. Des que es va graduar ha fet feina com a tècnica i treballadora social en diferents entitats socials dedicades a la discapacitat intel·lectual, l'exclusió social i les persones adultes grans. En l'actualitat, forma part de l'equip que coordina el projecte Viure en Companyia.

THELMA CUÉLLAR BEATO

Madrid (1977). Tècnica en Atenció a Persones en Situació de Dependència al CIFP Son Llebre. Actualment, cursa la diplomatura en Treball Social a la UNED. Des de fa 7 anys, treballa en l'atenció a persones en situació de dependència exercint de treballadora familiar en casals de promoció de l'autonomia. Formada sota el model d'atenció integral centrat en la persona, en l'actualitat forma part de l'equip que coordina el projecte Viure en Companyia.

LA DIVERSITAT AFECTIVOSEXUAL A LES INSTITUCIONS

La diversitat afectivosexual a les institucions

Miquel Torres Vila

Resum

Les últimes dècades Espanya ha esdevingut un dels països més progressistes quant a drets LGTBIQ+ (sigles que representen lesbianes, gais, trans, bisexuals, intersexuals, queer i altres col·lectius no heterosexuels i/o cissexuals). Va ser dels primers països a aprovar el matrimoni igualitari i a garantir la paritat a l'hora d'adoptar per part d'un matrimoni de persones del mateix sexe. Cal recordar també que no fa gaires dècades Espanya va viure sota una dictadura, durant la qual va haver-hi una forta repressió contra el col·lectiu LGTBIQ+. A hores d'ara, hi ha molta gent, sobretot d'edat avançada, que encara viu ancorada en aquesta cultura, per la qual cosa podem trobar un gran xoc cultural.

Així doncs, ens podem veure en la situació —de cada vegada més comuna— que hi hagi gent gran que abans volia o havia de quedar a casa seva per por de (més) represàlies per part de la societat, i que ara —bé per decisió pròpia, bé per necessitat— passa els últims dies en una residència, no sense reticències pel que pugui trobar a la nova llar. Aquestes situacions posen de manifest el treball que la societat encara té per fer, si bé la població més jove ha assumit amb més normalitat la diversitat afectivosexual, però en les generacions de més edat és un tema que encara s'ha de treballar i que genera conflictes que cal abordar.

Resumen

En las últimas décadas España se ha convertido en uno de los países más progresistas en cuanto a derechos LGTBIQ+ (siglas que representan lesbianas, gays, trans, bisexuales, intersexuales, queer y otros colectivos no heterosexuales y/o cissexuales). Fue de los primeros países en obtener el matrimonio igualitario y en conseguir la paridad a la hora de adoptar por parte de un matrimonio de personas del mismo sexo. Cabe recordar también que no hace muchas décadas España vivió bajo una dictadura, durante la cual hubo una fuerte represión contra el colectivo LGTBIQ+. En estos momentos, hay mucha gente, sobre todo de edad avanzada, que todavía vive anclada en esta cultura, por lo que podemos encontrar un gran choque cultural.

Así pues, nos podemos ver en la situación —cada vez más común— que haya gente mayor que antes quería o tenía que quedarse en casa por miedo a (más) represalias por parte de la sociedad, y que ahora —bien por decisión propia, bien por necesidad— pasa sus últimos días en una residencia, no sin reticencias por lo que pueda encontrar en su nuevo hogar. Estas situaciones ponen de manifiesto la tarea que la sociedad todavía tiene que hacer, si bien la población más joven ha asumido con más normalidad la diversidad afectivosexual, pero en las generaciones de mayor edad es un tema que todavía está por trabajar y que genera conflictos a abordar.

1. Contextualització

Segons les previsions de l'INE (Institut Nacional d'Estadística), l'any 2050, un 31,4% de la població d'Espanya tindrà més de 65 anys i un 11,6% en tindrà més de 80 (Conde-Ruiz i González, 2021). Una de les causes d'aquestes xifres és la incorporació de les persones nascudes durant el denominat, a Espanya, baby-boom o generació boomer (població nascuda entre 1957 i 1977), que propiciarà en les pròximes dècades un *eldery boom*.

Així doncs, no tan sols s'haurà de tenir en compte l'augment de la població, sinó que també la diversitat poblacional serà més evident que en dècades passades: nombre més elevat de persones migrants, més diversitat d'opinions i gustos, i, per descomptat, més diversitat afectivosexual.

Entenem per diversitat afectivosexual les maneres de manifestar amor, afecte, afecte i sexe, ja sigui envers persones del mateix sexe, del sexe contrari o d'ambdós sexes (Salazar-Benítez, 2012).

Segons l'última enquesta de l'IPSOS (2021), a Espanya hi ha un 12% de la població que es declara no heterosexual i aquest és el tercer país del món quant a nombre més elevat de persones que se senten no heterosexuales i el primer de tot Europa. Aquestes dades encara són més rellevants si es posa de manifest la història recent d'Espanya.

No va ser fins a l'any 1978, amb la tornada de la democràcia, quan es varen despenalitzar les pràctiques homosexuals mitjançant la Llei 77/1978, de 26 de desembre, de modificació de la Llei de perillositat i rehabilitació social i del seu reglament. I el 1995 es va derogar completament la Llei de perillositat i rehabilitació social, imposada per la dictadura franquista l'any 1970. Aquesta llei de «perillositat» substituïa, a més, la Llei de 15 de juliol de 1954, per la qual es modifiquen els articles 2 a) i 6 a) de la Ley de vagos y maleantes, de 4 d'agost de 1933, coneguda com «la Gandula». Es modificava, per tant, la Ley de vagos y maleantes durant la dictadura, i l'homosexualitat passava a ser un delictes amb pena de presó.

En conseqüència, no va ser fins a l'any 1995, amb l'eliminació de la norma de perillositat social, que a Espanya va deixar d'haver-hi lleis que penaven o castigaven de manera directa el fet de pertànyer al col·lectiu LGTBIQ+.

Amb tot això present, es pot desprendre que, encara que en l'actualitat hi hagi més diversitat i lleis que emparin el col·lectiu, Espanya és un referent quant a drets LGTBIQ+. Va ser el tercer país del món a legalitzar el matrimoni homosexual, segons el que estableix la Llei 13/2005, d'1 de juliol, per la qual es modifica el Codi Civil en matèria de dret a contraure matrimoni, i un dels primers a regular el canvi de sexe legal per a les

persones transsexuals, amb la Llei 3/2007, de 15 de març, reguladora de la rectificació registral de la menció relativa al sexe de les persones.

Avui en dia encara continua aquesta lluita pels drets del col·lectiu, com es demostra amb el projecte de Llei per a la igualtat real i efectiva de les persones trans i per a la garantia dels drets de les persones LGTBIQ+, aprovat pel Consell de Ministres el 27 de juny de 2022, i que, si s'aprovàs, seria la primera llei estatal que atorgaria un marc comú als drets del col·lectiu (Cánovas-Morillo, 2022).

Amb tot, i encara que cada dia veiem que les institucions lluiten a favor dels drets del col·lectiu LGTBIQ+, hi ha un biaix poblacional que ve d'una dictadura, que ha crescut en aquest sistema i que, per tant, encara té prejudicis envers la diversitat afectivosexual.

Segons l'informe de l'IPSOS (2021), hi ha una diferència evident entre generacions en relació amb el suport al col·lectiu LGTBIQ+. La generació Z (nascuda entre 1997 i 2005) és la que més s'hi postula a favor, amb el 61%, i la generació boomer representa un suport d'un 48%.

Si bé ara sembla que canvia la tendència progressista i, tot i els esforços institucionals, augmenten els casos d'agressions contra el col·lectiu LGTBIQ+ i els intents de coartar drets i llibertats, els quals en molts casos el col·lectiu donava per assumits (Caballero, 2021). Prova d'això és l'Informe Rainbow, que fa cada any ILGA-Europe, el qual posa de manifest la caiguda d'Espanya com a país referent a favor dels drets del col·lectiu LGTBIQ+: passa de la sisena posició que ocupava l'any 2020 a l'onzena l'any 2022 (ILGA-Europe, 2022).

Malgrat aquest descens, els darrers anys el sector que treballa amb població gran ha posat el focus en el col·lectiu LGTBIQ+, que és doblement vulnerable: en primer lloc, pel fet de ser persones grans i, en segon lloc, per la diversitat afectivosexual. L'exemple més evident d'aquest canvi és que ja es creen residències especialitzades per al col·lectiu, com és la pública Josete Massa, de Madrid, gestionada per la Fundación 26D i que té previst obrir aquest estiu (Nuño i Pérez de las Heras, 2022, 22' 23"). Així, es podrà oferir un espai confortable als membres del col·lectiu que han viscut al límit de l'exclusió social i que fins i tot han estat rebutjats pel seu entorn social.

2. La persona gran en les institucions

El fet d'ingressar en un centre residencial ja és per si mateix estressant per a qualsevol persona gran i li genera sentiments d'impotència, de desesperança i, fins i tot, d'ira, la qual cosa pot derivar en trastorns d'ansietat, depressió i confusió (Hernández, 2016).

Aquesta experiència és encara més estressant per al col·lectiu LGTBIQ+.

Als sentiments típics que sent la persona en ingressar-hi, cal afegir-hi la por al rebuig que pot generar-li el fet de sortir de la zona de confort, la casa on s'ha sentit segura les últimes dècades i canviar el cercle social, en cas que en tingui. Ha d'afrontar viure en un espai que li és nou i en el qual no sap si podrà sentir-se o no segura com a membre del col·lectiu LGTBIQ+, quan n'hi ha moltes que, a causa de la seva història de vida, encara no acaben d'estar còmodes ni amb si mateixes.

El fet d'anar a viure a la residència suposa, per a moltes d'aquestes persones grans, haver de tornar a entrar a l'armari; haver de fer un reconeixement de l'entorn per valorar si és prudent o no parlar obertament sobre la seva sexualitat per evitar patir cap mena de maltractament, sigui per part d'iguals, sigui per part d'un personal que no estigui familiaritzat i poc format (García i González, 2021) amb el tracte de persones LGTBIQ+.

Per altra banda, encara ara trobam prejudicis o suposicions. Es continua pressuposant que, si una persona té una relació, és heterosexual, o que, si viu amb algú del mateix sexe, és que són companys de pis o amics. Es descarta, doncs, que una persona pugui ser transsexual o transvestida i que es tingui clar el concepte de persona transsexual o no binària. Aleshores, s'ha d'enfrontar a situacions, traumes i vivències que potser ja es donaven per superades i es reobren velles ferides; ha de donar explicacions que no hauria de donar o rebre certs comportaments de rebuig per incomprensió i/o desconeixement.

Així doncs, el fet de trobar a les residències més diversitat afectivosexual planteja nous abordatges a l'hora de relacionar-se tant les persones grans entre elles com els treballadors amb elles. No solament pot veure's afectat el tracte entre iguals, sinó que també hi pot haver casos, de manera puntual, tal com afirma Federico Armenteros (2021), d'homofòbia per part del personal del centre envers els residents, fins i tot sense que el personal mateix ho percebi com a tal.

Després de tot el que hem dit, consideram necessari implementar una cultura de diversitat afectivosexual en el món residencial. En aquest àmbit, es reproduïx un patró de societat patriarcal i heteronormativa, que, si bé fora de les parets residencials evoluciona, no sense reptes i dificultats, també s'ha de reflectir a les residències, com a mirall de la societat.

Un exemple de coses que ens hauríem de replantejar seria que a les residències no es preveu que hi hagi habitacions mixtes, llevat que sigui per a un matrimoni. No es té en compte que tal vegada hi hagi persones que poden estar més còmodes compartint

habitació amb una altra del sexe contrari que amb una del propi a causa de la seva orientació afectivosexual.

Com explica Rubin (1984), entenem per «normalitat» el que ens és més proper i posam «fronteres» a allò que podem acceptar i a allò que no. Així doncs, afirma que hi ha persones grans que no solen passar del primer mur (figura 1).

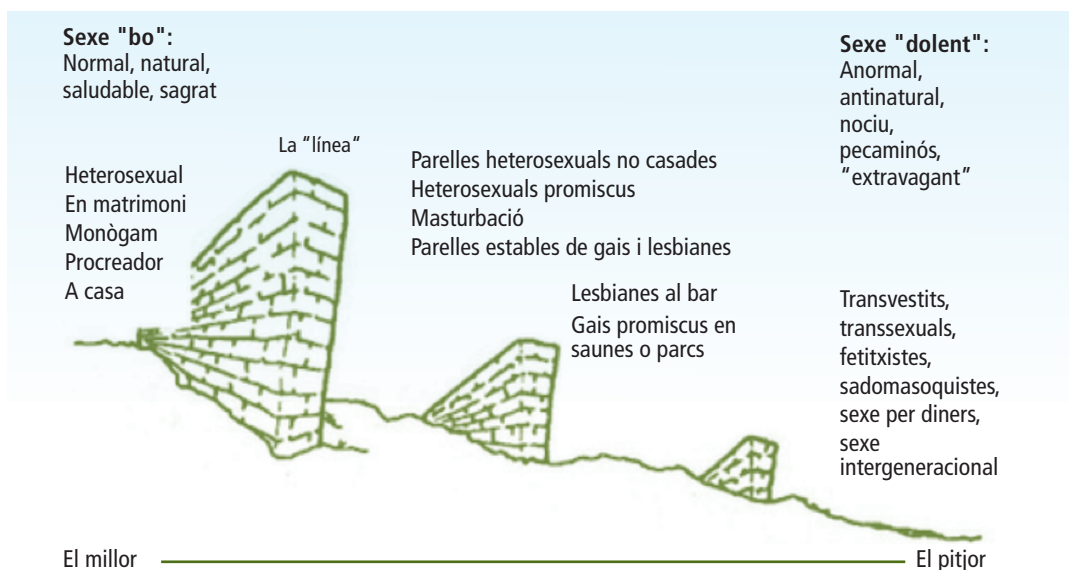


Figura 1. «La jerarquia sexual: la lucha por dónde trazar la línea divisoria» [versió traduïda]. (Rubin, 1984, 140).

En aquesta figura es posa de manifest l'opressió que pateixen les persones del col·lectiu LGBTQ+, les quals estan fora del que la societat considera «normal» i són víctimes d'una estratificació segons la diversitat afectivosexual. Planteja també que, essent del mateix col·lectiu, no tenen el mateix grau d'estigmatització una lesbiana, una parella consolidada del mateix sexe o un transvestit.

Per tant, per derrocar aquests murs, una de les primeres coses que hauríem de treballar seria la concepció que no hi ha sexe «bo» i sexe «dolent», sinó que hi ha moltes maneres d'expressar la sexualitat. No hem de perdre perspectiva i hem de ser conscients que en molts de casos aquest canvi de mentalitat és difícil, ja que, com es reflecteix al marc teòric, venim d'anys de dictadura, amb uns valors i creences molt marcats, sobretot en la gent gran.

Fer canvis en l'adult gran i implementar canvis conductuals moltes vegades és d'allò més complicat, però és una cosa més que necessària. Per tant, no s'ha de deixar de banda intentar emprendre accions i activitats per a ells i amb ells per fer-los veure que hi ha vida més enllà del que puguin entendre per «normalitat». No s'ha de deixar de treballar molt sobre la història de vida de la persona LGTBIQ+, intentant entendre el seu bagatge i ajudant-la en el procés d'adaptar-se a la institució.

El que també cal tenir en compte és que el pla d'acció no solament ha de recaure sobre els residents. Com s'ha dit, s'ha de treballar amb el personal de la residència, ja que, sense ser-ne conscient, pot tenir actuacions de maltractament; però també s'hi ha d'implantar l'organització interna de la institució. En l'àmbit de l'organització o empresa, es pot fomentar la inclusió de la diversitat als pamflets, la publicitat i/o les xarxes socials, de manera que mostri als possibles nous residents que aquella institució té clar que hi ha altres opcions vitals, a més de la cisheteronormalitat. El nou resident sabrà que ingressarà en un espai segur i amigable amb el col·lectiu LGTBIQ+. És molt comú que les campanyes publicitàries reproduïxin la imatge ideal de la tercera edat representada per un matrimoni amb fills i nets, però de cada vegada més aquesta imatge està més allunyada de la realitat actual.

Per altra banda, seria ideal establir convenis i associacions amb organitzacions LGTBIQ+ que puguin ajudar a entendre les necessitats del col·lectiu i orientar la institució de manera general. S'hauria de fer un pla d'acció conjunt perquè sigui més amigable amb el col·lectiu i fer partícips d'aquest procés les persones amb diversitat afectivosexual, ja que tot sovint s'elaboren projectes sense comptar amb la seva opinió.

Quant als treballadors, es poden impartir xerrades formatives i de conscienciació envers la diversitat afectivosexual, en les quals s'ensenyi a tractar les persones grans LGTBIQ+, moltes de les quals tenen unes necessitats especials a causa de la seva història de vida, o explicar actituds LGTBIQ+-fòbiques que potser els treballadors mateixos no senten com a tals.

3. Mirada al futur

Encara que les últimes dècades Espanya s'hagi associat a un moviment molt progressista quant a la diversitat afectivosexual, això no queda gaire palès en les residències, on la cisheteronormalitat és predominant. Es releguen les persones «diverses» a l'exclusió social per manca de recursos o, sense arribar a aquest extrem, queden fora del sistema residencial perquè la persona vol cercar ambients en els quals se senti més còmoda, tot i que n'hi hagi mancança.

Per això, les institucions han d'emprendre campanyes i promocionar les residències i institucions com a entorns segurs per al col·lectiu LGTBIQ+, sobretot per a les persones que varen créixer sota la influència i imposició d'un règim dictatorial que els aplicà lleis i traves per viure tal com desitjaven o directament perquè ara tinguin uns últims anys agradables. D'aquesta manera, es deixarien de banda els estigmes i sentiments d'inferioritat amb els quals han hagut de viure i que encara perduren, com, per exemple, no voler anar a demanar ajudes als serveis socials, perquè encara ara no se senten mereixedors de fer-ho, ni de rebre cap mena d'ajuda, com podria ser una ajuda a domicili (Perra de Satán i Esnorquel, 2020, 13'14").

Com a visió de futur, cal destacar a creació de residències com la de la Fundación 26D. És una residència exclusiva per al col·lectiu i, si bé és una gran passa, posa sobre la taula altres qüestions, com ara si el fet de ser una residència LGTBIQ+ la converteix en un gueto residencial i evitarà la veritable inclusió social del col·lectiu en el de l'adult gran institucionalitzat.

Queda clar que avançam en el sentit correcte fent visibles persones i realitats que no es mostraven i quedaven en un segon pla. El fet d'obrir camins nous planteja molts de dubtes que caldrà afrontar a poc a poc els pròxims anys i dècades.

Referències bibliogràfiques

Armenteros, F. (12 de setembre de 2021). La primera residència pública del món per a majors LGTBQ+ està a Madrid. *ABC*. <https://www.abc.es/familia/mayores/abci-primer-residencia-publica-mundo-para-mayores-lgtbiq-esta-madrid-202106280135-noticia.html> (entrevista d'A. Columba Jerez).

Caballero, F. (3 de desembre de 2021). Vox accelera la seva proposta per derogar les lleis LGTBI a Madrid tres dies després de acordar els pressupostos amb Ayuso. *eldiario.es*. https://www.eldiario.es/madrid/vox-acelera-propuesta-derogar-leyes-lgtbi-tres-dias-despues-acordar-presupuestos-ayuso_1_8551162.html.

Cánovas-Morillo, C. (30 de juny de 2022). Así han evolucionado las leyes LGTBI en España: desde que el colectivo era considerado «peligroso» hasta la protección de sus derechos. *Newtral*. <https://www.newtral.es/leyes-lgtbi-espana-derechos/20220620/>.

Conde-Ruiz, J. I. i González, C. I. (2021). El proceso de envejecimiento en España. *Estudios sobre la economía española*. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-07.pdf>.

García, A. i González, C. M. (2021). *Proyecto MAINO, Centro de Estancia Diurna para el Acompañamiento y Apoyo a Personas Mayores LGTBQ+*.

Hernández, D. S. (2016). Riesgo de síndrome de estrés del traslado en el anciano institucionalizado. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 7(1). 298-334. <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1919>.

ILGA-Europe (2022). *Annual review of the human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people in Europe and central Asia 2022*. <https://rainbow-europe.org/sites/default/files/annual-report/Annual-Review-Full-2022.pdf>.

IPSOS (2021). *España, líder mundial en defensa de los derechos LGTBI+*. IPSOS. <https://www.ipsos.com/es-es/espana-lider-mundial-en-defensa-de-los-derechos-lgtbi> (dades del 24 de juny de 2021).

Llei 13/2005, d'1 de juliol, per la qual es modifica el Codi Civil en matèria de dret a contreure matrimoni. BOE núm. 157, de 2 de juliol de 2005, 23632-23634. <https://www.boe.es/eli/es/l/2005/07/01/13>.

Llei 16/1970, de 4 d'agost, sobre perillositat i rehabilitació social. BOE núm. 187, de 6 d'agost de 1970, 12551-12557. <https://www.boe.es/boe/dias/1970/08/06/pdfs/A12551-12557.pdf>.

Llei 3/2007, de 15 de març, reguladora de la rectificació registral de la menció relativa al sexe de les persones. BOE núm. 65, de març de 2007, 11251-11253. <https://www.boe.es/eli/es//2007/03/15/3>.

Llei 77/1978, de 26 de desembre, de modificació de la Llei de perillositat i rehabilitació social i del seu reglament. BOE núm. 10, d'11 de gener de 1979, 658-659. <https://www.boe.es/eli/es//1978/12/26/77>.

Llei de 15 de juliol de 1954 per la qual es modifiquen els articles 2 a) i 6 a) de la Ley de vagos y maleantes, de 4 d'agost de 1933. BOE núm. 198, de 17 de juliol de 1954, 4862-4862. <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1954/198/A04862-04862.pdf>.

Nuño, A. i Pérez de las Heras, N. (11 d'abril de 2022). Niricos, ni poderosos (núm. 1) [pòdcast]. *Lo Normal*. Spotify. <https://open.spotify.com/episode/1YeNXQxrL7J5X13GDZ7Fwo>.

Perra de Satán i Esnórquel. (26 de desembre de 2020). Mayores LGTBIQ+ con Federico Armenteros (núm. 52) [pòdcast]. *¿Puedo Hablar!* Spotify. <https://open.spotify.com/episode/43nrdj2mehEURjWEa4T4dN>.

Rubin, G. (1984). Reflexionando sobre el sexo. Notas para una teoría radical de la sexualidad. A C. Vance (comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Revolución, 113-190.

Salazar-Benítez, O. (2012). El reconocimiento jurídico-constitucional de la diversidad afectiva y sexual. *Revista de Estudios Políticos*, 157, 45-81.

Autor

MIQUEL TORRES VILA

Palma (1990). Diplomant en Fisioteràpia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Cursant actualment el màster de Gerontologia i atenció centrada en la persona per la Universitat Internacional de València (VIU). Postgrau amb Fisioteràpia Manual Avançada en el Maneig del dolor neuromusclesquelètic. Expert universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontologia (UIB). Des de 2018 treballa com a Fisioterapeuta als centres residencials de l'IMAS.

**ANÀLISI DE LES DIFICULTATS
IDIOMÀTIQUES EN L'ATENCIÓ INTEGRAL
A PERSONES ESTRANGERES EN L'ENTORN
RESIDENCIAL DE GENT GRAN**

Anàlisi de les dificultats idiomàtiques en l'atenció integral a persones estrangeres en l'entorn residencial de gent gran

Teresa Jáudenes Gual de Torrella

Francina Lerma Barceló

Marga Vives Barceló

Resum

Segons les darreres dades de l'INE (2021), a les Illes Balears viuen 16.959 persones grans estrangeres, que representen un 8,83% del total de persones grans que viuen en territori nacional, la majoria de les quals provenen de la Unió Europea (Abellán, 2020).

L'atenció integral a la gent gran implica una atenció a totes les dimensions de la seva vida per tal d'oferir les oportunitats més bones per disposar d'un bon envelliment actiu i d'una bona qualitat de vida; per aconseguir-ho, és necessari establir una comunicació real, efectiva i eficient per poder atendre necessitats, desitjos i interessos de cada persona i alhora permetre una correcta socialització en el seu entorn. Aquesta situació es complica quan es presenten dificultats en el llenguatge, bé per deteriorament cognitiu, bé per (també) no domini, o fins i tot desconeixement, de la llengua vehicular.

Conscients d'aquesta situació, es presenta aquest capítol en què s'analitzen les principals dificultats de les persones estrangeres que viuen a la residència per a gent gran La Bonanova. Per conèixer de primera mà la seva realitat, s'han fet entrevistes a dotze persones grans estrangeres (o al seu entorn més proper) que viuen en aquest entorn residencial. Complementant aquestes dades, s'ha dut a terme un qüestionari sobre la seva qualitat de vida (Verdugo et al., 2009).

La informació obtinguda posa de manifest la necessitat de millorar la comunicació amb les persones grans que no dominen els idiomes oficials de la nostra comunitat, sigui amb recursos personals o amb recursos materials o digitals, per tal d'afavorir més oportunitats de socialització al seu entorn, facilitar l'expressió del que realment senten i volen i, consegüentment, millorar la seva atenció integral.

Resumen

Según los últimos datos del INE (2021), en las Islas Baleares viven 16.959 personas mayores extranjeras, lo que supone un 8,83% del total de personas mayores que viven en el territorio nacional, la mayoría de las cuales provienen de la Unión Europea (Abellán, 2020).

La atención integral de las personas mayores implica una atención a todas las dimensiones de su vida, con el objetivo de conseguir las mejores oportunidades para disponer de un buen envejecimiento activo y una buena calidad de vida. Para conseguirlo, es necesario una comunicación real, efectiva y eficiente para poder atender necesidades, deseos e intereses de cada persona, y para permitir una correcta socialización en su entorno. Esta situación se complica cuando se presentan dificultades de lenguaje, bien

sea por deterioro cognitivo o bien por (también) no dominio, o incluso desconocimiento, de la lengua vehicular.

Conscientes de esta situación, se presenta este capítulo en el que se analizan las principales dificultades de las personas mayores extranjeras que viven en la residencia La Bonanova. Para conocer de primera mano su realidad, se han hecho doce entrevistas a personas mayores extranjeras (o a su entorno más cercano) que viven en este entorno residencial. Complementando estos datos, se ha llevado a cabo un cuestionario sobre su calidad de vida (Verdugo et al., 2009).

La información obtenida pone de manifiesto la necesidad de mejorar la comunicación con las personas mayores que no dominan los idiomas oficiales de nuestra comunidad, ya sea con recursos personales y/o recursos materiales o digitales, para favorecer más oportunidades de socialización en su entorno, para poder expresar lo que realmente sienten, quieren y, consiguientemente, mejorar su calidad de vida.

1. Introducció

La franja d'edat de persones més grans de 65 anys continua augmentant, tant en nombre com en proporció. Segons les dades de l'INE de padró continu, dia 1 de gener de 2019 hi havia 9.057.193 persones més grans de 65 anys, xifra que suposa un 19,3% de la població total en l'àmbit estatal. Les previsions que planteja Pérez et al. (2020) és que aquest grup poblacional duplicarà el de nins (0-15 anys) cap al 2050.

A les Illes Balears cal afegir tres dades més: la primera, que la població en general tendeix a ser cada vegada més envellida. Segons el mateix INE, la població de les Illes Balears ha envellit quasi set anys els darrers 40 anys. La segona dada important que hem de tenir present és el percentatge d'estrangers que viuen a la nostra comunitat, el 18,8%; el més alt de totes les comunitats autònomes.

Finalment, cal revisar els motius dels moviments migratoris de les persones més grans de 65 anys estrangeres que resideixen a les Illes Balears. Segons Salvà (2018), en l'actualitat hem passat ja del fenomen de la «Nova Florida», en què les persones grans estrangeres residents a les Illes Balears eren jubilades, retirades o rendistes que hi venien en cerca d'espais residencials, d'oci i de descans; una cerca basada, principalment, en el consum. No obstant això, aquest flux migratori deixà de ser el majoritari després de la crisi econòmica i, per tant, podem parlar de dos fluxos més: un flux majoritàriament europeu de tipus laboral (poden coincidir l'estacionalització, els migrants de llarga durada o la immigració laboral empresarial) i un tercer flux, majoritàriament procedent

del Sud, que, sense deixar de ser migració laboral, es caracteritza per ocupar llocs de treball de baixa qualificació i remuneració. Per tant, podem trobar, majoritàriament, dos motius per residir a les Illes Balears com a estranger: bé per gaudir de la jubilació, bé per motius laborals previs que han convertit les Illes Balears en la seva residència en arribar a 65 anys.

Sigui quin sigui el motiu, segons el darrer padró continu hi ha 9.310.828 persones grans en l'àmbit estatal, de les quals 383.961 són estrangeres (4,12%). A les Illes Balears, el total de persones grans és de 187.362, de les quals 16.296 són estrangeres (8,7%); d'aquestes, 8.804 són dones (54,02%) i 7.492 són homes (45,97%). Com es pot veure, el percentatge de persones més grans de 65 anys estrangeres residents a les Illes Balears duplica el mateix percentatge en l'àmbit estatal. També, es pot observar la feminització de l'envelliment. La taula 1 desglossa, per trams d'edat de cinc anys, la distribució de les persones més grans de 65 anys en l'àmbit estatal i autonòmic, així com per nacionalitat i sexe.

Certament, les polítiques d'envelliment actuals potencien un envelliment actiu i una qualitat de vida que atén tant a les dimensions físiques com a les psicològiques i les socials de les persones grans, i en què la presa de decisions personals és un dels pilars bàsics. Per aquest motiu, el fet de voler envellir a casa, en l'entorn personal i comunitari de cadascú, sol ser una decisió comuna que es pot fer amb l'ajuda de serveis i suports personals, professionals, econòmics o materials. Tot i els diferents recursos perquè així pugui ser si la persona ho decideix (la taula 2 mostra els serveis i recursos de l'IMAS a l'àrea de gent gran), no sempre és possible aquesta opció, bé sigui per motius de dependència, manca de xarxes de suport social familiar o comunitari o, entre d'altres, per la dificultat de poder conciliar el rol de cuidador amb la vida laboral i familiar.

L'informe liderat per Abellà el 2021 notifica que a les Illes Balears hi ha un total de 57 centres residencials, dels quals 27 són privats i 30 públics. Tots aquests centres disposen d'un total de 4.998 places, la majoria de les quals en centres amb més de 100 places (62,5%); les residències privades disposen d'un 55,7% de les places, i les públiques, del 44,3%.

La residència La Bonanova forma part del grup de residències públiques i disposa de 545 places de residència permanent i 17 de residència temporal. Algunes de les places permanents es reserven a persones en situació de prioritat social, un programa que ofereix el seu servei als tècnics d'atenció primària quan aquests detecten casos de persones grans que estan en risc de desprotecció o maltractament. En aquest programa s'ofereix, entre d'altres, una intervenció específica que pot requerir una plaça en una residència.

Taula 1 | Nombre de persones grans estrangeres en l'àmbit estatal i autònom per grups d'edat

	65-69 anys	70-74 anys	75-79 anys	80-84 anys	85-89 anys	90-94 anys	95-99 anys	Més de 100
ESTATAL								
Ambdós sexes	2.480.872	2.199.993	1.767.146	1.294.253	991.099	446.746	112.699	18.020
Espanyols	2.334.438	2.090.330	1.699.116	1.256.333	975.901	441.382	111.517	17.850
Estrangers	146.434	109.663	68.030	37.920	15.198	5.364	1.182	170
Homes								
Total	1.180.587	1.015.813	782.510	525.423	360.576	136.520	27.632	3.984
Espanyols	1.112.343	964.493	749.859	507.531	353.806	134.499	27.257	3.933
Estrangers	68.244	51.320	32.651	17.892	6.770	2.021	375	51
Dones								
Total	1.300.285	1.184.180	984.636	768.830	630.523	310.226	85.067	14.036
Espanyoles	1.222.095	1.125.837	949.257	748.802	622.095	306.883	84.260	13.917
Estrangeres	78.190	58.343	35.379	20.028	8.428	3.343	807	119
ILLES BALEARS								
Ambdós sexes	54.543	46.700	35.298	23.970	17.002	7.583	1.949	317
Espanyols	48.451	42.109	32.345	22.316	16.328	7.329	1.878	310
Estrangers	6.092	4.591	2.953	1.654	674	254	71	7
Homes								
Total	26.339	21.995	16.059	10.059	6.179	2.216	495	73
Espanyols	23.485	19.878	14.701	9.286	5.893	2.137	474	69
Estrangers	2.854	2.117	1.358	773	286	79	21	4
Dones								
Total	28.204	24.705	19.239	13.911	10.823	5.367	1.454	244
Espanyoles	24.966	22.231	17.644	13.030	10.435	5.192	1.404	241
Estrangeres	3.238	2.474	1.595	881	388	175	50	3

Font: INE (2022).

Taula 2 | *Serveis i programes que es gestionen a l'IMAS (àrea de gent gran)*

Foment de l'autonomia de les persones grans
Programa de suport psicosocial, educatiu i d'estimulació cognitiva per a persones grans (Sede-e)
Atenció, orientació, suport i formació per als familiars cuidadors
Promoció de l'envelliment actiu i saludable
Difusió del bon tracte i prevenció de maltractament a persones grans
Llars de persones grans
Pla d'impuls del voluntariat
Serveis d'atenció a la dependència
Valoració per l'ingrés residencial de persones grans
Programa de prioritat social
Residències
Centres de dia
Ajudes econòmiques individuals per a persones grans

Font: Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS).

Tenint present aquesta realitat descrita als paràgrafs anteriors, com a professionals del Departament de Psicologia d'una residència pública de les Illes Balears que atén una gran diversitat de perfils, hem fet una anàlisi de la població estrangera que resideix actualment a la residència La Bonanova, per tal de poder observar i identificar les dificultats i les possibilitats per millorar l'atenció a les persones grans estrangeres que viuen en un entorn residencial, amb l'objectiu d'analitzar la complexitat de la seva situació actual i de proporcionar eines de prevenció, atenció, valoració i intervenció.

2. Dificultats detectades a l'inici de l'estudi descriptiu

Les dificultats següents s'han identificat a través de l'observació i la detecció de les necessitats a través de la intervenció del Departament de Psicologia amb les persones grans estrangeres residents.

Les dificultats prèvies de les quals parteix aquest estudi descriptiu són les següents:

- La barrera idiomàtica, tant per part dels residents a l'hora d'expressar les seves necessitats de forma integral (físiques, psicològiques i socials), com per part dels professionals a l'hora de comprendre aquestes necessitats.

- Les característiques del llenguatge de la persona estrangera i amb demència, com a doble dificultat per detectar el deteriorament cognitiu, dur-ne a terme el diagnòstic diferencial i valorar-lo, així com per utilitzar les estratègies terapèutiques d'intervenció adients a la situació personal. Aquesta dificultat de poder oferir una atenció primerenca dificulta la prevenció de l'avanç del deteriorament cognitiu.
- La barrera de comunicació entre professionals i persones residents es tradueix en dificultats per participar en les activitats, tant les de dinamització com les terapèutiques, organitzades pel centre. Aquesta dificultat de participació social augmenta el risc d'aïllament i facilita l'entrada en cascada del deteriorament i la dependència.
- Les limitacions per part de les persones grans sense domini de l'idioma per poder expressar les seves necessitats més complexes, tant les emocionals i les psicològiques com les relacionades amb tràmits administratius internacionals o burocràtics.

3. Objectius de l'estudi descriptiu

El principal objectiu és poder identificar les dificultats específiques de les persones grans estrangeres: dificultats de comunicació, de relació, de participació, i per rebre la intervenció terapèutica adient.

A partir de la identificació d'aquestes dificultats, ens proposam proporcionar estratègies per millorar la seva atenció integral física, psicològica i social en l'entorn residencial.

4. Metodologia

La mostra és constituïda per dotze persones de nacionalitat estrangera residents a La Bonanova. S'han recollit dades de la seva qualitat de vida a través de l'escala FUMAT (Verdugo et al., 2009), i s'ha completat amb una entrevista individual recollint informació del seu perfil demogràfic, de la seva història abans de venir a Mallorca, del procés migratori, de la seva situació actual i de la seva opinió sobre com poder afrontar les possibles barreres lingüístiques que s'identifiquen. Quan aquesta entrevista no ha estat possible per motius de desconeixement absolut de la llengua o per motius de salut, s'ha fet amb el suport de la seva xarxa social o familiar més propera (sis d'ells), o amb l'ajut dels professionals d'atenció directa amb domini de la seva llengua materna.

La taula 3 mostra el resum del perfil de la mostra. Deu de les dotze persones entrevistades són dones (83,3%); a excepció d'una, de 51 anys, la resta té entre 67 i 92 anys. Dues persones van morir durant el procés de realització del capítol. Cinc persones provenen d'Alemanya, tres de Rússia, dues de França, una d'Àustria i una d'Anglaterra. Algunes d'elles entren a la residència per prioritat social; cinc tenen diagnosticat un grau III de dependència i tres un grau II, alguns d'associats a depressió, síndrome de Diògenes o esquizofrènia paranoide. Menys una de les persones entrevistades, que només fa set anys que va arribar a l'illa, i per reunificació familiar, la majoria fa més de 25 anys que arribaren a Mallorca, algunes d'aquestes persones hi arribaren fins i tot de joves.

Taula 3 | *Perfil demogràfic de la mostra*

Codi	Sexe	Edat	Lloc de procedència	Perfil	Any que va arribar
E1	Dona	79*	Rússia	Amiga completa entrevista	Fa 25 anys
E2	Home	78	Àustria	Prioritat social Grau III	De jove
E3	Dona	85	Alemanya	Grau III + depressió	Fa 26 anys
E4	Dona	89	França (?)	Prioritat social	Molts (?)
E5	Dona	84	Anglaterra	Prioritat social	Més de 30 (?)
E6	Home	80	Alemanya	Grau III	Tenia 55 anys
E7	Dona	51	Rússia	Grau II trastorn d'ansietat Trastorn per abús de substàncies	Tenia 20 anys
E8	Dona	92*	Alemanya	Grau III Prioritat social Síndrome de Diògenes	Fa 40 anys
E9	Dona	67	Rússia	Grau III	Fa set anys, per reunificació familiar
E10	Dona	86	Alemanya	Grau III Esquizofrènia paranoide	Tenia 65 anys
E11	Dona	76	Alemanya	Prioritat social Grau II	Reunificació familiar
E12	Dona	89	França	Grau II DTA Prioritat social	De petita, amb els pares. Reunificació en jubilar-se

* Ja són mortes.

S'ha emprat l'escala FUMAT (Verdugo et al., 2009), un instrument destinat a valorar la qualitat de vida de les persones grans. El fet de diferenciar per dimensions la qualitat de vida, seguint els autors, permet tenir una valoració de les dimensions que necessiten un suport per a una bona qualitat de vida. Es tracta de 57 ítems dividits en vuit escales (benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets) que es van valorant entre «sempre o quasi sempre», «freqüentment», «algunes vegades» o «mai o quasi

mai». La valoració de cada escala permet obtenir una puntuació directa, una puntuació estàndard i un percentil. A partir de la suma de les vuit puntuacions estàndard de cada escala, s'aconsegueix un índex de qualitat de vida que permet també posicionar-lo a partir del percentil.

5. Resultats

En aquest apartat es descriuen els resultats sobre la qualitat de vida de les persones grans estrangeres que viuen a la residència de gent gran La Bonanova que formen part de la mostra. A continuació es detallen les informacions principals de les entrevistes seguint tres apartats: història prèvia, situació actual i opinió de com fer front a aquestes barreres lingüístiques detectades.

5.1. Qualitat de vida de les persones grans estrangeres

Els resultats de l'escala FUMAT mostren tres persones de la mostra amb un percentil inferior al 10% (5, 6 i 7% respectivament); es valora la qualitat de vida de dues entre el percentil 10 i el 20 (13 i 18%); una se situa al percentil 26, seguida d'una altra al 32. Tres se situen al voltant del percentil 50 (42, 54 i 56 respectivament). La puntuació més alta obtinguda és de 110 punts, que correspon al percentil 76 (vegeu la taula 4).

Taula 4 | *Resultats de la qualitat de vida de la mostra (escala FUMAT)*

Codi	Puntuació estàndard	Índex QV	Percentil
E1	68	90	26
E2	49	75	5
E3	82	102	54
E4	50	76	6
E5	71	93	32
E6	93	110	76
E7	76	97	42
E8	59	83	13
E9	83	102	56
E10	63	86	18
E11	52	78	7
E12	72	94	34

Complementant aquesta informació, es feren entrevistes a les persones grans estrangeres que viuen a la residència La Bonanova. Quan no podien contestar per elles mateixes, es demanava suport a un familiar, una persona propera o un professional d'atenció directa amb coneixement de la llengua materna del resident.

5.2. Antecedents i arribada a Mallorca

De les dotze persones entrevistades, totes menys una varen venir a Mallorca fa molts d'anys. Una informa que hi viu fa més de 40 anys (E8); alguns ja hi venien quan eren infants (E12) i d'altres començaren a venir a Mallorca per vacances (E5, E7) o per estudis (E11). Dues no en recorden els anys exactes, però segons els informes que es tenen, fa més de 20 anys (E4, E5); dues més vengueren amb la seva parella (E3, E4). Només una fa només set anys que viu a Mallorca per reunificació familiar (E9).

El factor familiar sembla determinant per al procés migratori en la majoria de casos. En alguns casos, vengueren amb la parella (E3) o perquè van conèixer una persona de Mallorca (E7). D'altres, arribaren després de morir la parella (E1) o varen venir a viure amb la filla (E9, E10), o per reagrupació familiar (E12). Els dos homes vengueren a l'illa per motius de feina (E2, E6); d'altres mencionen el clima (E11) o haver vingut anteriorment per vacances (E5).

Tres persones vengueren soles (E5, E2), si bé després es casaren o vengué un familiar seu (E7); la resta, majoritàriament, refereixen haver vingut amb parella (E1, E3, E4), amb la filla (E9, E12) o amb germans (E11). En tot cas, alguns, en arribar, no coneixien ningú (E1; E4, E12); si coneixien algú, eren persones relacionades amb la feina (E7), una altra parella (E2) o alguna veïnada (E5). Actualment, també mencionen amics (E10), si bé la relació ara ja és inexistente per defunció (E4) o per disminució de les trobades, sobretot després de la pandèmia (E4).

Respecte de la feina, els que han contestat han referit haver fet feina als seus països d'origen (E5, E9); a Mallorca, la majoria han treballat en la restauració, bé en restaurants familiars (E3), fent pastissos per encàrrec (E1), de recepcionista (E11) o de cambra (E7); i una persona tenia una empresa d'interiorisme (E6).

En l'àmbit econòmic, hi ha també una varietat en les respostes. Algunes persones venen del programa de prioritat social (E2, E11), d'altres refereixen que no han estalviat (E7) o que no cobren la pensió que tenien (E9). Dues mencionen una pensió del seu país (E1, E5) o que viuen d'haver venut la casa on vivien (E10). Una menciona la bona xarxa d'amistats que té, que la ingressen quan necessita alguna cosa, com ara una cadira elèctrica (E6).

Finalment, les relacions socials que esmenten solen parlar la seva llengua materna (E1, E2, E12). Les dues persones que reben visites regularment o que valoren positivament la seva xarxa social d'amistats són les que han mencionat que varen venir per motius laborals (E6, E7).

5.3. Situació actual

La salut determina clarament la seva actitud; els qui són relativament autònoms estan bé: *molt bona actitud i no té problemes complexos, bona actitud en general i bones relacions amb les companyes*, (E12) tot i que en algun s'identifiquen barreres lingüístiques a l'hora de relacionar-se amb els companys de la residència: *només parla amb un auxiliar que parla alemany, i amb la seva amiga, sempre en alemany* (E2) o *Refereix estar bé. Un poc avorrida, però bé* (E7). Dues d'aquestes persones manifesten que preferirien tornar al seu país d'origen (E5), tot i estar bé aquí (E4). Algunes ja són dependents: *s'està fent molta feina per l'avanç del Parkinson* (E6). Dues d'elles moriren durant l'estudi.

Tot i la diversitat d'històries de vida, la majoria comparteixen el fet de no conèixer o parlar poc el castellà. La majoria de vocabulari que coneixen es limita a paraules clau com «sí», «no», «bien» (E10). *Sap dir el mínim en castellà: «gracias», «sí», «no», «agua», «frío»...* (E2); l'entenen, però el parlen molt poc (E4, E5) o l'apregueren per poder treballar (E6, E7). Tot i tenir converses amb auxiliars que acudeixen quinzenalment a la residència (E10), el deteriorament cognitiu afecta el seu (poc) coneixement de l'idioma (E8), fet que afecta clarament la seva actitud i n'augmenta l'aïllament: *li crea malestar emocional, ja que les seves necessitats no estan cobertes* (E1); *no fa contacte visual* (E3); *les barreres lingüístiques realment dificulten les cures, pot haver-hi malentesos, impotència en les parts, professionals, familiars i persona atesa* (E9).

Aquesta circumstància fa que hi hagi quasi unanimitat a l'hora de respondre si se senten aïllades, tret d'una persona que refereix que es relaciona adequadament i amb actitud positiva (E11) o que fa poc que ha ingressat (E12), i d'una altra que es relacionava un poc amb un altre resident en anglès (E3). La resta se sentien o s'han descrit com a persones aïllades, amb sentiments de soledat; algunes sembla que per iniciativa pròpia: *no troba ningú en aquesta residència amb la qual li agradaria interactuar* (E5); d'altres fan intents per interaccionar: *respon amb contacte visual i somriure, té molt bona actitud i respon molt bé a les intencions comunicatives, encara que sigui en castellà o català* (E10).

Aquestes barreres, a part del canvi d'estil de vida que suposa ingressar en una llar residencial, afecten directament la qualitat de vida, i aquest fet es manifesta en la dimensió psicològica: *aquesta situació la va fer entrar en un estat emocional deprimit,*

que va empitjorar amb la pandèmia (E1); física (s'ha constatat agressivitat física cap a les auxiliars en situacions d'higiene [...] perquè no poden parlar-li per tranquil·litzar-lo i explicar o anticipar accions) (E2), o molt lligada al deteriorament cognitiu (E3). Les auxiliars de conversa o els amics ajuden a millorar l'enteniment, però a vegades hi ha dubtes de si ho entenen i fan el que volen (no volen complir les indicacions donades) o si realment no ho entenen (E6).

5.4. Com fer front a aquestes dificultats

Una de les preguntes que els han fet és com es pot afavorir la seva integració. Les persones que han contestat a aquesta pregunta han aportat propostes; algunes han manifestat la importància de les seves xarxes socials, que parlen el seu idioma matern i els ajuden a comunicar-se amb els professionals de l'entorn residencial, siguin familiars (E3) o amistats (E2). Una d'elles manifesta que a la seva edat és complicat aprendre un idioma nou (E10); tot i que proposen fer classes de castellà per a persones estrangeres, ja que també ajudaria a una millor integració amb altres persones de la llar (E1). Amb situacions de deteriorament cognitiu, es recomana vincular-se a través de la música: *la música del seu país, que li agradava i la podria ajudar a connectar*, a més de pictogrames o gests (E9).

Finalment, quan es demana en concret sobre com eliminar o minvar la dificultat lingüística, apareixen propostes tant de les persones estrangeres, com de la seva família, com de les mateixes auxiliars que les atenen: a) trobar parelles d'habitació més adequades; b) taules perquè puguin escriure en el seu idioma; c) fitxes de classes en castellà; d) diccionaris; e) classes de castellà en el seu idioma; f) que es coneguin les persones que parlen el seu idioma, o g) que el personal entengui l'idioma o que es valorin coneixements d'idiomes. El traductor ha estat una opció bastant mencionada (E1, E5, E9, E8); no obstant això, podria presentar algunes dificultats, com el fet de no poder recollir el volum de veu d'algunes persones (E8), però sobretot, que es tracta d'una veu que sentiran que no conté càrrega emocional, contacte visual ni presència (E8). Possiblement per aquest motiu continuen mencionant persones properes com a factor de protecció (E3, E2).

6. Conclusions

A través de la realització d'aquest l'estudi hem pogut conèixer les històries de vida de les persones que hem entrevistat, i hem pogut aprofundir en les seves circumstàncies i necessitats actuals. Per comprendre aquestes persones i poder acostar-nos-hi, en alguns casos hem tingut el suport de familiars, amics o professionals que coneixien la seva llengua. A continuació, exposam les conclusions extretes a partir de l'elaboració d'aquest estudi descriptiu.

Hem pogut constatar que algunes de les dificultats en l'atenció d'aquestes persones es tradueixen en un augment de la càrrega en l'àmbit professional, quant al fet que es necessita més temps per poder entendre i atendre la persona, ja que s'han de fer veritables esforços per tractar d'explicar el que es vol comunicar: en paraules, a través del llenguatge no verbal, a través de recursos gràfics o tecnològics... Tanmateix, l'esforç no és garantia d'èxit, de manera que, un cop comunicat, caldrà assegurar-se que ho ha comprès adequadament, per tal d'evitar conclusions precipitades respecte del seu comportament. De la mateixa manera, cal dedicar un esforç a la comprensió dels seus intents comunicatius, per tal d'evitar la indefensió apresada, en el sentit de significar la inhibició de la seva voluntat comunicativa.

En la mateixa línia, hem pogut observar com el nivell de deteriorament cognitiu, sumat a les carències en el coneixement de l'idioma, generen en el professional un sentiment d'impotència que dificulta la possibilitat de proporcionar l'atenció adient, de manera que poden arribar-se a cometre «negligències involuntàries», com en el cas de no poder atendre un malestar físic concret o una por determinada perquè aquesta no ha estat comunicada o, si ho ha estat, no s'ha pogut comprendre.

Hem detectat una especial dificultat a l'hora d'atendre les persones amb possibles desajustaments psicològics no atesos prèviament, que s'han vist agreujats per les dificultats associades a l'envelliment i a la disminució de l'autonomia personal. En aquest sentit, les xarxes socials i els familiars són factors coneguts de protecció, que sovint hem pogut observar que es troben reduïts en les persones estrangeres a causa del trencament amb la comunitat d'origen.

En aquesta mateixa línia, pensam que és especialment rellevant remarcar la diferència entre atendre necessitats bàsiques o simples, com ara tenir fred, calor, voler o no cafè els matins, que es poden comunicar generalment a través de gests, imatges, pictogrames, o recursos tecnològics..., de les necessitats que hem anomenat complexes, com ara gestionar la venda d'una propietat a l'estranger, acompanyar el retorn al país d'origen o tractar un trastorn mental com ara una depressió o un trastorn per abús de substàncies. En aquests casos, si sumam les dificultats derivades de l'ús del llenguatge a les escasses xarxes de suport social i familiar, i afegim la vulnerabilitat associada a l'envelliment i la pèrdua d'autonomia, ens trobam amb un gran repte que hem d'intentar superar a fi de donar resposta i poder atendre les necessitats complexes d'una persona en aquesta situació.

De totes maneres, identifiquem com a factor de protecció l'actitud de la persona vers la seva situació d'envelliment o d'augment de la dependència, ja que ens trobam amb la dificultat de treballar processos terapèutics complexos, com ara els processos de dol (sigui per mort de persones properes o per pèrdua d'autonomia) o d'afrontament de

la soledat, que requereixen un domini del llenguatge per poder-se treballar en l'àmbit terapèutic.

Cal dir que durant l'estudi hem intentat utilitzar les noves tecnologies de la informació i la comunicació a fi de tractar de solucionar aquesta barrera, però ens hem pogut trobar amb altres dificultats inesperades: d'una banda, resolen més fàcilment les necessitats simples, que de per si no signifiquen una problemàtica tan difícil d'atendre i, d'altra banda, hem pogut constatar dos grans problemes a l'hora de resoldre els problemes complexos a través d'aquesta via: primer, la dificultat per recollir algunes veus de persones grans, literalment i potser a causa del fet que parlen massa fluix (o potser perquè no comprenien el sentit de parlar a un aparell tecnològic); i segon, hem pogut observar que interposar la tecnologia entre receptor i emissor ha significat eliminar el contacte visual, l'expressió no verbal, l'entonació o l'expressió emocional..., que ha resultat en la reducció de l'interès comunicatiu per part de la persona atesa, i en nombroses ocasions en la fi de la intenció comunicativa.

6.1. Nous horitzons

Un cop identificades les dificultats, hem pogut treballar sobre algunes propostes facilitadores, a fi de reduir l'impacte d'aquestes dificultats en les persones que es troben en aquesta situació en l'entorn residencial de gent gran.

Si bé és difícil aprendre una llengua a tan avançada edat, especialment en els casos en què hi ha deteriorament, hem pogut organitzar algunes classes per a l'aprenentatge de la llengua, sigui el català o el castellà, amb el doble objectiu de proporcionar una oportunitat de vinculació amb altres persones que possiblement parlen la mateixa llengua materna, i afavorir la incorporació d'algunes paraules simples, senzilles..., a la quotidianitat de la persona. Aquesta opció pot ser molt positiva per a les persones que arriben a la residència en una situació cognitiva que els permeti l'aprenentatge o la socialització.

Com a facilitador, hem pogut constatar la importància i rellevància de poder comptar amb professionals d'atenció directa que parlin diferents llengües, ja que sovint es tradueix en un vincle especial amb aquell professional, que la persona resident valora molt positivament, i que pot donar suport a professionals d'altres àmbits, com a traductor o mediador, facilitant la detecció i atenció de les necessitats d'aquestes persones estrangeres.

De totes maneres, volem destacar la importància de la intenció comunicativa, de caràcter no verbal, especialment quant a les persones amb demència o gran deteriorament, la voluntat d'acostar-se, de mirar, de situar-se a prop de la persona que s'atén,

independentment de la possibilitat que tengui de comprensió de la llengua. Això és especialment rellevant quan ens referim a l'atenció de persones amb un grau alt de dependència, en què cada cop el llenguatge no verbal agafa més importància que el verbal, quan els gests, les expressions facials, el to de veu..., tenen més impacte que el contingut de les paraules. Per exemple, destacam la importància d'emprar aquestes eines de comunicació no verbal a l'hora de dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària, sobretot aquelles actuacions que impliquen accions en l'espai d'intimitat de la persona.

Pel que fa als temes predominantment burocràtics, cal esmentar que queda un llarg camí a recórrer quant a la fluïdesa de la comunicació entre els serveis socials internacionals. Hi ha algunes persones que tenen la voluntat de tornar als seus països, i no tenen xarxes de suport que els ho puguin facilitar. Pensam que, si aconseguim millorar la comunicació entre els serveis socials de diferents països, podem ajudar la gent gran a aconseguir aquesta darrera voluntat de triar on volen passar els darrers anys de la vida.

Finalment, volem remarcar la importància de proporcionar estratègies preventives de promoció de la integració comunitària de les persones estrangeres que resideixen a les Illes Balears, a fi de poder donar resposta des de la prevenció a aquesta problemàtica.

En definitiva, hem pogut constatar que la barrera lingüística significa un altre factor de risc que se suma, de manera interseccional, a la complexitat de dificultats amb què es pot trobar una persona en procés d'envelliment i que viu en un entorn residencial.

7. Limitacions del present estudi

Per finalitzar aquest estudi descriptiu, en volem destacar les limitacions, quant a la mida reduïda de la mostra i la seva diversitat: ens hem trobat amb una gran diversitat pel que fa al nivell d'autonomia, de deteriorament cognitiu, d'existència de xarxes socials, d'actitud, d'estat anímic..., i al nivell de coneixement de les llengües oficials de les Illes Balears.

Durant el procés de preparació prèvia del capítol, si bé destacam el capítol previ de *l'Anuari de l'Envel·liment de 2014 (Persones grans estrangeres residents a les llars dels ancians. Estudi de cas)*, hem pogut trobar escassa informació que abordi aquesta problemàtica; per tant, volem remarcar la importància de continuar investigant en aquesta línia, a fi d'aconseguir donar resposta a aquesta recent, i possiblement en augment, problemàtica amb la qual ens trobam els professionals d'atenció directa de les residències de les Illes Balears.

De totes maneres, continuam treballant per cercar maneres de poder fer front a les particularitats de cada una de les persones que viuen en algun dels centres residencials de gent gran de la nostra comunitat.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Aceituno, P., Ramiro D. i Castillo, A. B. (2021). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. *Informes Envejecimiento en Red*, 27. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>

INE (2021) *Padró continu. Dades provisionals 2021*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990

Pérez, J., Abellán, A., Aceituno, P. i Ramiro, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, 25. < <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>>

Salvà, P. (2018). De turistes a residents: los inmigrantes no laborales en las Islas Baleares. A T. Mazón (Ed.) *Turismo residencial. Nuevos estilos de vida: de turistes a residentes*, 31-44. Universitat d'Alacant.

Vecina, C. i Pou, M. (2014). Persones grans estrangeres residents a les llars dels ancians. Estudi de cas. A C. Orte (Dir.). *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears*. 200-215.

Verdugo, M.A., Gómez, L. i Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la escala FUMAT*. INICO.

Autores

TERESA JÁUDENES GUAL DE TORRELLA

Palma, 1963. Núm. de col·legiada: B-0836. Llicenciada en Psicologia per la UIB. Especialista Universitària en Gerontologia i Especialista Universitària en Gestió de Qualitat en Serveis Socials per la UIB. Membre actiu del grup de treball de Qualitat de la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia, en què participa mitjançant la publicació de diverses guies de qualitat per a diferents serveis d'atenció a la gent gran: centres de dia, SAD i teleassistència. Treballà en el document «50 recomanacions bàsiques d'aplicació pràctica del model de planificació i atenció gerontològica centrada en la persona». Ha estat directora i responsable de diferents serveis d'atenció a la gent gran, com a directora de la Llar Avinguda Argentina, el centre de dia per a gent gran de l'IMAS; responsable autonòmica de Teleassistència de la Creu Roja Illes Balears; directora assistencial i psicòloga de residència privada de gent gran i directora de SAD. És tutora d'alumnes del Pràcticum de Psicologia de la UNED i la Universitat Jaume I (València). Té el Diploma d'Estudis Avançats per la UIB en Anàlisi del *Engagement* i *Burnout* dels Auxiliars de Geriatria i la Satisfacció dels Usuaris d'un Centre Residencial Geriàtric). Actualment, s'encarrega de la coordinació de la Vocalia de Psicologia de l'Envel·liment del COPIB i és psicòloga a la residència La Bonanova.

FRANCINA LERMA BARCELÓ

Felanitx, 1987. Núm. de col·legiada: B-03242. Llicenciada en Psicologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Màster en Recerca i Intervenció Psicosocial per la mateixa universitat. Ha treballat com a tècnica a l'àrea d'inclusió social i desenvolupament comunitari del Consorci d'Osona de Serveis Socials, com a psicòloga en diferents residències de gent gran, de Catalunya i les Illes Balears, i actualment és psicòloga a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials.

MARGA VIVES BARCELÓ

Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Entre les seves línies de recerca principals destaquen la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, les relacions intergeneracionals i la gestió de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballar amb el doctor

Alan Walker en la qualitat de vida de la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de les Persones Majors (IMAS) i participant, entre d'altres, en la comissió de protecció de les persones grans.

**EL SUÏCIDI ENTRE LA GENT GRAN.
PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC,
FACTORS DE RISC I PROTECCIÓ, I
ESTRATÈGIES DE PREVENCIÓ**

El suïcidi entre la gent gran. Perfil sociodemogràfic, factors de risc i protecció, i estratègies de prevenció

Carmen Orte Socias

Maria Valero de Vicente

Lidia Sánchez-Prieto

Resum

El suïcidi en l'última etapa de la vida és un problema de salut pública que ha estat identificat en molts de països. Segons les dades dels anys 2016-2020 analitzades en aquest treball (INE 2022), tant a Espanya com a les Illes Balears, les dades són similars pel que fa, d'una banda, al percentatge més elevat de suïcidi en el grup de persones de més de cinquanta-cinc anys i, de l'altra, al percentatge de suïcidi més elevat entre els homes, amb unes diferències percentuals molt importants respecte de les dones. Una anàlisi detallada de l'evolució de les dades indica una tendència ascendent de mort per suïcidi, fins i tot tenint en compte que les Illes Balears mostren un patró diferencial respecte d'Espanya. A partir de la revisió de la literatura actual sobre la intervenció, la recomanació més rellevant és que el suïcidi formi part de l'agenda política i tècnica i de les preocupacions de la societat. De manera concreta, abordar la intervenció sobre el suïcidi requereix un acostament polifacètic i multidisciplinari, i un treball específic sobre el dret de la gent gran i la qualitat de vida que inclogui accions específiques sobre la prevenció de l'edatisme i la discriminació per edat.

Resumen

El suicidio en la última etapa de la vida es un problema de salud pública que ha sido identificado en muchos países. Según los datos de los años 2016-2020 analizados en este trabajo (INE 2022), tanto en España como en las Islas Baleares, los datos son similares en cuanto, por un lado, al porcentaje más elevado de suicidio en el grupo de personas de más de cincuenta y cinco años y, por otro, al mayor porcentaje de suicidio entre los hombres, con unas diferencias porcentuales muy importantes respecto a las mujeres. Un análisis detallado de la evolución de los datos indica una tendencia ascendente de muerte por suicidio, aun teniendo en cuenta que las Islas Baleares muestran un patrón diferencial respecto de España. A partir de la revisión de la literatura actual sobre la intervención, la recomendación más relevante es que el suicidio forme parte de la agenda política y técnica y de las preocupaciones de la sociedad. Concretamente, abordar la intervención sobre el suicidio requiere un acercamiento polifacético y multidisciplinar, y un trabajo específico sobre el derecho de las personas mayores y la calidad de vida que incluya acciones específicas sobre la prevención del edadismo y la discriminación por edad.

1. Introducció: estat de la qüestió

El suïcidi en l'última etapa de la vida és un problema de salut pública molt important que ha estat identificat a molts països (Van Ordre i Conwell, 2011). A més, segons la prospectiva de les dades sociodemogràfiques d'augment del doble de la població gran en menys de trenta anys i de les famílies mononuclears (OECD 2021; De Leo, 2022), de cada vegada serà més greu. Segons les dades de l'estudi de Naghavi (2019), globalment el 2017 el suïcidi va afectar 16,17 individus per 100.000 habitants d'una edat compresa entre 50 i 69 anys, i 27,45 individus per 100.000 habitants de 70 anys o més.

En aquesta línia i segons les dades recollides per Shah et al. (2016), la taxa de suïcidi dels qui tenen a partir de seixanta anys augmenta amb l'edat: fins als 94 anys en els homes i fins als 89 en les dones. A aquestes dades caldria sumar el percentatge de suïcidis entre la gent gran que està infrarepresentada per registres incorrectes i classificacions errònies de la causa de la mort; per exemple, determinar si la mort s'ha produït per un acte deliberat o no. És per això que l'extensió del problema podria estar subestimada a causa del potencial dels suïcidis ocults (De Leo, 2022; Seneviratne et al., 2022).

En la majoria de països del món, les ràtios de suïcidi són més elevades entre les persones grans —tant en els homes com en les dones— que en els grups d'edat més joves, i assoleixen el punt àlgid en la vellesa. Els percentatges de suïcidi entre els homes grans són més elevats que entre les dones i esdevenen el subgrup més vulnerable, ja que dupliquen la mitjana total de suïcidi de la població general (Seneviratne et al., 2022). Autors com Conwell et al. (2002) assenyalen que aquest risc augmentat de suïcidi en els homes podria ser pel fet que ells fan servir mètodes immediats més letals, per la qual cosa tenen més probabilitat de ser fatals. D'acord amb les dades epidemiològiques i els factors de risc, la prevenció i el tractament del suïcidi en el grup de gent gran és una qüestió prioritària, atesa l'elevada possibilitat de mort davant una crisi de suïcidi, comparada amb les persones joves (Barak et al., 2020).

Així doncs, conèixer l'extensió del problema és una qüestió rellevant en general i diferencial en particular en el cas del suïcidi de gent gran. Des del punt de vista clínic, té a veure amb el seu coneixement en l'àmbit mèdic i psicosocial. Atès que les persones grans no solen informar dels símptomes depressius ni dels pensaments suïcides, és més probable que facin servir mitjans altament letals i, per tant, que es morin al primer intent. De fet, tal com recullen Soriano et al. (2019), les persones d'edat avançada presenten les taxes més elevades de suïcidi i les més baixes d'intents de suïcidi a tot el món.

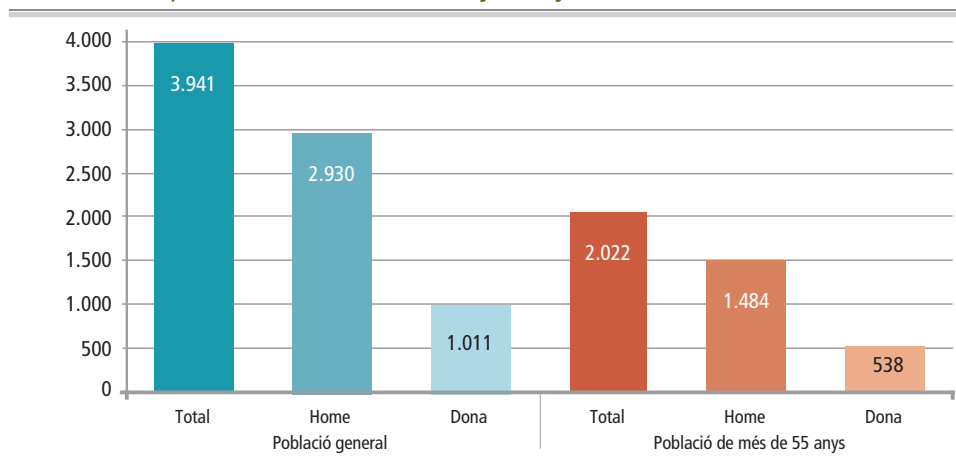
L'objectiu d'aquest treball és revisar les dades sobre suïcidi a Espanya i a les Illes Balears, a més dels factors de risc, la detecció en l'àmbit de la clínica i psicosocial, els instruments

que en aquest moment es fan servir i les propostes preventives i d'intervenció. Tot plegat ho abordam seguidament.

2. El perfil sociodemogràfic dels suïcidis entre la gent gran

Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE, 2022) el nombre de defuncions l'any 2020 per suïcidi ascendeix a 3.941 persones (vegeu el gràfic 1): 2.930 homes (74,3%) i 1.011 dones (25,6%). En funció de l'edat, el nombre de persones de més de 55 anys que es moren per suïcidi és de 2.022, que representen el 51,3% de les morts per aquesta causa. Quant al sexe, s'observa més mortalitat entre els homes ($n=1.484$, 73,4%) que entre les dones ($n=538$, 26,6%).

Gràfic 1 | *Nombre de morts per suïcidi per sexe en població general i població de més de 55 anys l'any 2020*

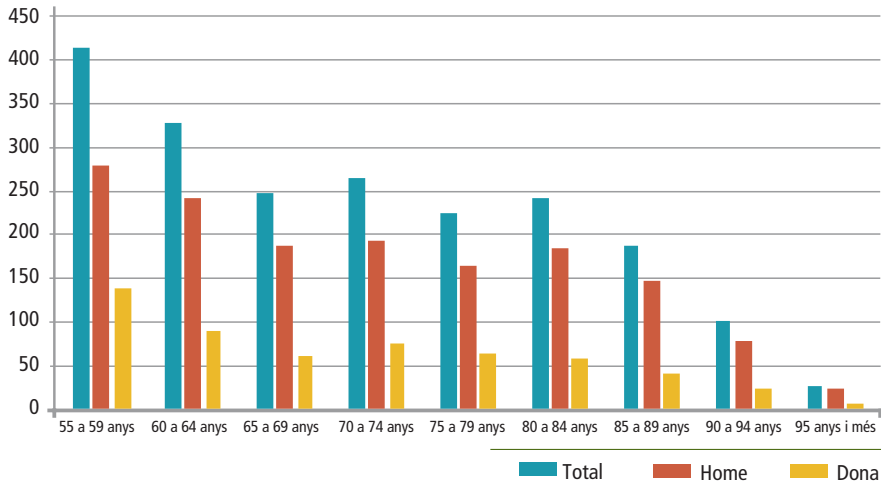


Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística, 2022

En la franja d'edat de més de 55 anys (vegeu el gràfic 2), observam que dels 55 als 59 anys la taxa de defuncions per suïcidi es dispara fins a les 414 persones, això és un 10,5% dels casos respecte del total de defuncions per aquest motiu. A partir d'aquesta edat, la freqüència comença a créixer: dels 60 als 64 representa un 8,3% ($n=327$) i dels 65 als 69 anys ($n=245$), un 6,2%. No obstant això, dels 70 als 74 anys augmenta lleugerament respecte de la franja d'edat anterior i és un 6,7% ($n=264$); torna a abaixar en la dels 75 als 79 anys i se situa en un 5,7% ($n=224$). Dels 80 als 85 anys, novament augmenta a un 6,1% ($n=240$), i a partir d'aquí descendeix a un 4,7%, dels 85 als

89 anys ($n=185$); a un 2,5%, entre els 90 i els 94 anys ($n=98$), i a un 0,6%, a partir dels 95 anys ($n=25$).

Gràfic 2 | *Nombre total de defuncions per suïcidi per sexe a partir dels 55 anys el 2020*



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística, 2022

Amb relació al sexe, cal destacar que a totes les franges d'edat el nombre d'homes és superior al de dones, i es registra una diferència mitjana de fins al 50,9% més d'homes que de dones. Així mateix, així com augmenta l'edat la diferència percentual és de cada vegada més àmplia i arriba a més del 57% en els més grans de 85 anys.

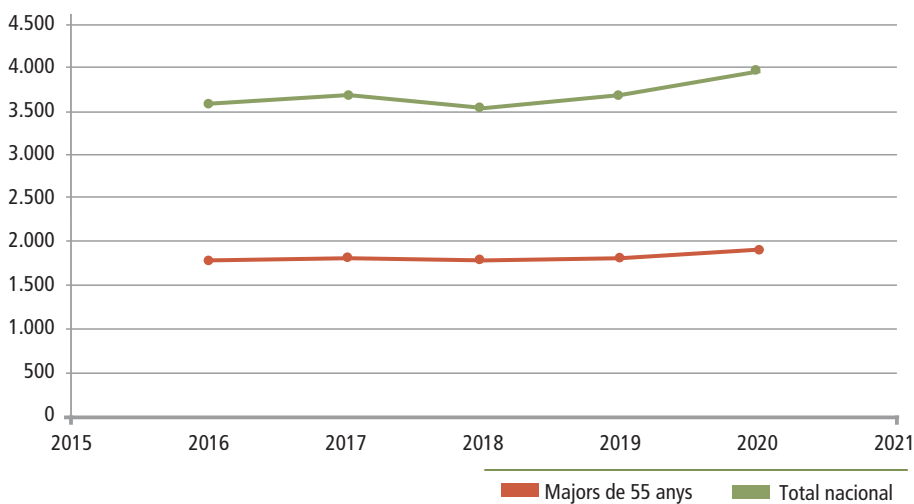
Quant a les dades de la nostra comunitat autònoma, a la taula 1 es mostren les xifres de les Illes Balears i les totals de l'Estat. Concretament, a les Illes Balears el 2020 es comptaren 87 morts per suïcidi tenint en compte totes les edats, la qual cosa representa un 2,20% del total de les morts per aquesta causa. Per edat, hi hagué 51 morts de més joves de 55 anys (1,3%) i 36 de més grans de 55 anys (0,9%). Cal destacar que entre els de més de 95 anys no es registrà cap cas de suïcidi, ni tampoc cap de dones que tinguessin entre 65 i 69 anys, entre 80 i 84, ni a partir dels 90. També és important assenyalar que, segons els percentatges de representació en funció del sexe, si els comparem amb els percentatges a nivells totals de l'Estat nacional, els percentatges són més elevats dels homes de les Illes Balears, independentment del rang d'edat durant l'any el 2020.

Taula 1 | *Nombre de morts per suïcidi i percentatges estatals i de les Illes Balears en funció del sexe i grup d'edat de l'any 2020*

	Totes les edats		Menys de 54 anys		Més de 55 anys	
Nacional						
Total	3.941	100%	1.919	48,7%	2.022	51,3%
Home	2.930	74,3%	1.446	75,3%	1.484	73,4%
Dona	1.011	25,6%	473	24,6%	538	26,6%
Illes Balears						
Total	87	2,2%	51	1,3%	36	0,9%
Home	71	82%	43	84,3%	28	77,8%
Dona	16	18%	8	15,7%	8	22,2%

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística, 2022

Gràfic 3 | *Evolució del total de l'Estat de morts per suïcidi, dels més grans de 55 anys, de 2016 a 2020*



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística

Revisant les dades disponibles a l'INE des de l'any 2016 fins al 2020 (vegeu el gràfic 3), s'observa que la tendència és a l'alça. A partir de les dades, es pot comprovar que de 2016 a 2017 hi hagué un augment d'un 3,1% (110 defuncions més); de 2017 a 2018, hi hagué una caiguda d'un 3,8% (140 defuncions menys), seguida d'un increment d'un 3,7% del 2018 al 2019. Però l'augment més considerable d'aquest rang d'anys es produeix del 2019 al 2020, amb un increment d'un 7,3% (270 defuncions més). Quant

a l'evolució de les morts per suïcidi en més grans de 55 anys, s'observa que de 2016 a 2017 augmentaren un 2% (36 defuncions més); del 2017 al 2018, disminuïren un 1,43% (26 defuncions menys); del 2018 al 2019, augmentaren mínimament, un 0,95% (17 defuncions més). Això no obstant, de 2019 a 2020 es registrà un augment; hi ha considerable, d'un 6,6%, amb 119 defuncions més per suïcidi el darrer any.

A la taula 2, es mostren les xifres de persones mortes per suïcidi, tant les estatals com les de les Illes Balears, i el nombre de les que tenien més de 55 anys, amb els percentatges que representen respecte del total des de 2016 a 2020. Pel que fa a les dades estatals, destaca que els percentatges de morts per aquesta causa entre els més grans de 55 anys representen aproximadament la meitat del total. No obstant això, segons les dades de les Illes Balears, el percentatge de persones grans és gairebé dotze punts percentuals més baix.

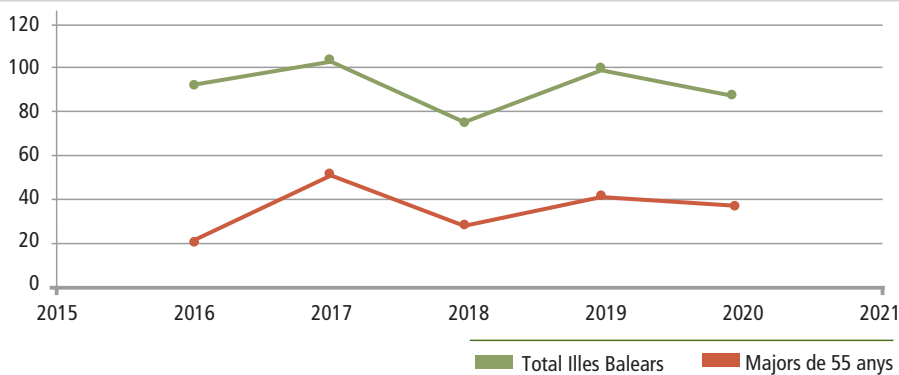
Taula 2 | *Dades totals i percentatges de defuncions de gent gran per suïcidi a l'Estat i a les Illes Balears, de 2016 a 2020*

Any	Nacional			Illes Balears		
	Total de defuncions	Més grans de 55 anys	%	Total de defuncions	Més grans de 55 anys	%
2016	3.569	1.773	49,7	92	20	21,7
2017	3.679	1.809	49,2	103	50	48,5
2018	3.539	1.783	50,4	75	27	36
2019	3.671	1.800	49	99	40	40,4
2020	3.941	1.919	48,7	87	36	41,4
Mitjana			49,4			37,6

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística

Tenint en compte les dades de les Illes Balears (vegeu el gràfic 4), destaca que segueixen un patró diferencial, si bé a tot l'Estat es produeix una tendència ascendent any rere any. Mentre que a les Illes Balears, en canvi, es pot veure que hi ha alternança entre anys d'increment i anys de descens.

En comparar les xifres de morts per suïcidi de tot l'Estat i de les Illes Balears en funció del sexe durant el període 2016 a 2020 (vegeu la taula 3), s'observa que el percentatge mitjà d'homes majors de més de 55 anys morts per suïcidi a les Illes Balears és lleugerament més baix que l'estatal i, per tant, el percentatge mitjà de les dones que es moren per aquesta causa és més elevat. La diferència és almenys de 3,7 punts percentuals.

Gràfic 4 | *Evolució de les morts per suïcidi a les Illes Balears i en més grans de 55 anys, de 2016 a 2020*

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística

Taula 3 | *Dades de defuncions per suïcidi en funció del sexe entre la població de més de 55 anys i percentatge que representa respecte del total en aquesta franja d'edat, de 2016 a 2020*

Any	Estatal				Illes Balears			
	Home	%	Dona	%	Home	%	Dona	%
2016	1.299	73,3	474	26,7	26	66,7	13	33,3
2017	1.312	72,5	497	27,5	34	68	16	32
2018	1.289	72,3	494	27,7	19	70,4	8	29,6
2019	1.344	74,7	456	25,3	26	65	14	35
2020	1.484	73,4	538	26,6	28	77,8	8	22,2
Mitjana		73,2		26,7		69,6		30,4

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística

3. Factors de risc i protecció de la ideació suïcida en persones grans

Els factors de risc i protecció són característiques individuals, ambientals i contextuals que augmenten, mantenen o redueixen les probabilitats de desenvolupar una patologia o un problema de comportament, en aquest cas, de presentar comportaments suïcides. Concretament, l'apartat se centra en els factors de risc i protecció que han estat estudiats en persones de més de 55 anys. L'estudi d'aquests factors ajuda a conèixer més bé el fenomen (descriure comportaments, elaborar perfils, detectar patrons,

etc.) i a anticipar-nos al seu desenvolupament generant estratègies de prevenció i/o tractament que siguin eficaces.

Els estudis d'autòpsia psicològica¹ (Blasco et al., 2004) assenyalen cinc factors de risc de suïcidi: la malaltia psiquiàtrica —especialment, depressió—; l'aïllament social de la família, amics i comunitat; la deterioració funcional; la malaltia física i el dolor, i l'accés a mitjans letals. A més, hi ha factors neurobiològics, com ara la desregulació serotoninèrgica; factors protectors culturals, com les creences religioses i l'espiritualitat; la personalitat, incloent-hi poca obertura a l'experiència, i altres situacions negatives de la vida, com el desacord familiar, que també tenen un rol en l'augment del risc (Van Orden i Deminget, 2018; Conwell, 2002).

Hi ha treballs posteriors de revisió sistemàtica de la literatura, com el de Beghi et al. (2021) sobre els factors de risc en el comportament suïcida en gent de més de 65 anys, que a partir dels resultats estableixen dos patrons de risc diferenciat: un per als intents de suïcidi i un altre per als suïcidis consumats. En relació amb els intents de suïcidi, ser dona, tenir un trastorn per depressió, prendre medicació psicotròpica o tenir alguna discapacitat augmenten el risc de manera significativa. Soriano et al. (2019) analitzaren el perfil sociodemogràfic i clínic de les persones de més de 65 anys que foren ateses pel servei d'urgències de l'Hospital Clínic de Santiago de Compostel·la per intent de suïcidi. Descriuen una edat mitjana de 74,87 +/- 7 anys i una proporció d'homes i de dones de 2:3. La meitat eren casades i vivien amb la família. Un 25% presentava temptatives prèvies (majoritàriament, dones), el seu diagnòstic pertanyia al grup dels trastorns afectius i el mètode més utilitzat era una ingesta excessiva de medicaments. El factor desencadenant més freqüent era la conflictitat intrafamiliar.

En el cas del suïcidi consumat, segons Beghi et al. (2021), ser home, tenir un trastorn psiquiàtric (depressió, ansietat o trastorn bipolar), tenir una mala condició de salut, múltiples esdeveniments estressors o viure tot sol incrementen de manera significativa el risc de defunció per aquesta causa. En els suïcidis consumats, hi ha alguns factors que tenen un impacte moderat en els intents de suïcidi, com ara l'estat civil, els intents previs i l'estatus socioeconòmic. L'aïllament social o la deterioració cognitiva semblaren menys rellevants per predir el risc.

Hi ha una altra revisió sistemàtica, de Calderón-Cholbi et al. (2021), que també coincideix en alguns factors, com ara ser home, l'estat civil o intents previs, i n'incorpora de nous, com ara antecedents familiars de malaltia familiar i taxes de morbiditat. La revisió de

1. Segons Litman (a Blasco et al. 2004), és el mètode que investiga retrospectivament les característiques de personalitat i les condicions que va tenir en vida un individu, amb l'objectiu d'acostar-se a la comprensió de les circumstàncies de la seva mort.

Valera i Lucerón (2021) destaca que també la situació econòmica serà rellevant, ja que actua com un generador principal de preocupació, precarietat i estrès psicossocial.

En aquesta mateixa revisió, Valera i Lucerón (2021), a més, reflexionen sobre com el procés d'envelliment per si mateix ja és un factor de risc. Els autors expliquen que les persones grans s'han d'adaptar a múltiples canvis de tipus biològic, social i psicològic, i, alhora, en la nostra societat el procés d'envellir pot ser percebut com un aspecte negatiu.

Des del punt de vista de l'edatisme, durant la pandèmia de la COVID-19, moltes persones grans desenvoluparen una percepció distorsionada i inadequada, a les quals se'ls feu sentir que eren una càrrega per a la societat i les seves famílies (denegar-los ajuda o fer-los sentir que no se la mereixien o que n'eren menys mereixedors que la resta de la població). Aquests factors poden causar sentiments de pèrdua de valor i significat i comprometre el sentiment d'independència. A més, les persones que necessitin ajuda podrien sentir-se exposades, en particular si demanen ajuda en relació amb la conducta suïcida, malaltia mental i abús de drogues. D'acord amb això, combatre l'edatisme i la discriminació han de formar part d'una estratègia multifacètica destinada a prevenir el suïcidi (De Leo, 2022). Als aspectes anteriors, caldrà afegir-hi que, a mesura que s'envelleix, es perden persones properes i estimades, la qual cosa podrà influir també en negatiu en l'estat d'ànim i actuar com un factor de risc.

No obstant això, hi ha altres estudis metaanalítics, com el de McClelland et al. (2020), que sostenen que la solitud és un factor predictor del comportament suïcida (tant pel que fa als intents com als suïcidis consumats), especialment els primers anys de la franja dels 55 als 75 anys, i que el trastorn per depressió actuaria com a mediador. Assenyalen que és necessària més recerca per determinar el mecanisme pel qual exerceix aquest efecte mediador.

D'altra banda, i com subratlla Seneviratne et al. (2022), donada la imprecisió dels factors individuals en la determinació del risc, considerar els mecanismes psicològics (efectes psicològics dels factors de risc) que contribueixen a crear el risc de suïcidi poden informar tant de la severitat del risc com dels mitjans d'intervenció. Per això, és important avaluar la percepció de solitud (la frustració del sentit de pertinença), la percepció de ser una càrrega per als altres o la capacitat adquirida per al suïcidi (tenir mitjans per executar-lo).

Un altre dels factors que la bibliografia considera de risc important són les condicions que s'acompanyen de dolor (Santos et al., 2020), les quals poden tenir trastorns associats, com ara la depressió derivada d'una falta de control sobre el dolor, la pèrdua d'autonomia, desesperança o resistència als tractaments. Les patologies que cursen amb

dolor i que tenen més risc de suïcidi són l'artritis, el mal de cap o de cervicals crònics, casos greus de càncer amb metàstasi o altres patologies cròniques i incapacitants (Beghi et al., 2021; Santos et al., 2020).

Associat a aquest últim punt, el treball de Bickford et al. (2021) recull que patir fragilitat o discapacitat funcional hi influeix significativament en la ideació suïcida. Els autors ressalten que l'associació s'estableix independentment de la gravetat dels símptomes de depressió. Al respecte, Schepis et al. (2019) assenyalen que l'ús de medicació, com les benzodiazepines o els opiacis, se sol vincular també a conductes suïcides. Per tant, els professionals ho han de tenir en compte per a la identificació de factors de risc.

Quant als factors de protecció enfront del suïcidi, alguns estudis metaanalítics, com el de Chang et al. (2017), sostenen que les relacions socials i més concretament els vincles socials de qualitat percebuts per les persones grans són una estratègia útil de protecció enfront del suïcidi. Tenir una xarxa social significativa, el suport social percebut o la integració comunitària milloren el benestar psicoemocional de les persones grans i redueixen els nivells de solitud no desitjada, que és factor de risc per al suïcidi (Chang et al., 2017; Rowe et al., 2006). De fet, la connexió social ha estat assenyalada com una estratègia important per prevenir els comportaments suïcides. Sobre aquest tema, i al marge que la connexió social és preventiva de les conseqüències negatives de la solitud no desitjada i l'aïllament social, cal tenir en compte que la percepció limitada del temps en termes de durada de la vida influeix sobre la importància present dels llaços socials. Les estratègies d'afrontament emocional adquireixen, per tant, més importància i impacte en el moment present (De Leo, 2022).

4. Accions per prevenir el suïcidi en persones grans: estratègies de prevenció

Van Orden i Deming (2018) destaquen que, malgrat que s'hagi estudiat el tema del suïcidi en la persona gran, no sempre hi ha recursos suficients o adequats per intervenir en el col·lectiu. No obstant això, la incorporació d'estratègies i de polítiques governamentals a vint-i-un països ha demostrat que fa disminuir la taxa de suïcidis entre la població jove i les persones grans (Draper, 2014). En la mateixa línia, Sánchez-Teruel et al. (2022) ressaltaren l'absència de protocols d'atenció específics per a la prevenció que s'adaptin a les condicions psicosocials característiques d'aquest grup d'edat.

Com indiquen Holm et al. (2021), amb freqüència els adults que se suïciden tenen antecedents de temptatives suïcides, malalties físiques, trastorns mentals o neurocognitius (per exemple, demències). Per aquesta raó, entre les línies d'intervenció principals remarquen la necessitat que els serveis comunitaris identifiquin indicis o senyals. També

emfatitzen la rellevància de crear un pla comunitari de prevenció tan aviat com s'identifiquin aquests senyals. En aquest sentit, les mesures per conèixer els intents de suïcidi també poden prevenir-lo en altres persones, atès que hi ha evidència que estar-hi exposat en el propi grup social augmenta el risc de comportament suïcida (De Leo, 2022). Sobre aquest tema hi ha discrepàncies, ja que autors com Van Orden i Deming (2018) indicaren que, en lloc de destinar els esforços a la detecció del risc de suïcidi, les polítiques haurien d'orientar-se a educar el públic sobre el propòsit i la disponibilitat de medicina geriàtrica.

En aquesta aportació sobre educar a la població, De Leo et al. (2022) assenyalaren que el fet que la població general conegui els problemes de salut mental i del suïcidi en particular també es considera una manera d'ajudar a prevenir-lo, encara que l'evidència és menys robusta que les esmentades anteriorment. També és important tenir en compte la formació específica destinada als qui, des dels serveis sanitaris i socials, estan en contacte freqüent amb altres persones de la seva comunitat perquè poden detectar i respondre de manera adequada els qui estan en risc potencial de suïcidi.

En qualsevol cas, per afavorir la detecció de senyals, s'ha demostrat la rellevància de l'ús d'instruments psicomètrics breus, centrats a identificar factors de risc, com el Geriatric Suïcidi Ideation Scale (GSIS) (Heisel i Flett, 2022). Butcher i Ingram (2018) recomanen completar l'avaluació en persones grans també amb altres instruments, com ara:

- Mini Mental State Exam (MMSE)
- Mont-real Cognitive Assessment (MOCA)
- Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2)
- Geriatric Depression Scale–Short Version (GDS-15)
- Geriatric Depression Subscale for Suïcidi Ideation (GDS-SI)
- Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)
- Nurses' Global Assessment of Suïcidi Risk (NGASR)

En referència a intervencions específiques que s'haurien de generar, Holm et al. (2021) subratllen el suport social i el vincle amb altres persones. Rowe et al. (2006) expliquen que el constructe de «suport social percebut» pot actuar com a amortidor entre la ideació suïcida i el comportament suïcida. Els autors estudien aquest concepte en centres d'atenció a persones grans, en els quals tendeixen a aparèixer més factors de risc. Tant Holm et al. (2021) com Rowe et al. (2006) ressalten que en els centres residencials o d'atenció a persones grans s'ha de fomentar la vinculació i la relació amb els professionals o altres membres del centre. En definitiva, fomentar la percepció

de suport social resultarà fonamental en la protecció de la temptativa de risc entre la població gran de centres residencials.

Altres mesures que s'han de tenir en compte són la detecció i intervenció de l'aïllament social i la intervenció sobre les habilitats socials mal adaptatives. A més d'incorporar no solament mesures específiques destinades als qui en pateixen, també s'han d'adreçar a les famílies i donar-los suport a través d'activitats de respir per afavorir l'atenció a les persones grans que atenen. El treball sobre la prevenció de l'aïllament social és una tasca col·lectiva que afecta l'individu, la societat i també la comunitat (WHO, 2021, a Seneviratne et al., 2022), atès que crear, mantenir, millorar i desenvolupar noves relacions és una tasca col·lectiva que també té a veure amb el respecte a la formació de la població general en temes de salut mental.

A les anteriors, Butcher i Ingram (2018) n'hi afegiren d'altres d'específics de persones grans, com:

- a) Relacions positives amb amics
- b) Creences religioses/espirituals positives
- c) Sentit de responsabilitat envers la família i relacions familiars positives
- d) Autoidentitat
- e) Gènere femení
- f) Estat civil concret (casat o en parella)
- g) Por al suïcidi
- g) Més fills i nets
- i) Reconeixement del propòsit i significat de la vida

S'haurien de desenvolupar plans de prevenció de suïcidi en persones grans. Holm et al. (2021) assenyalen que s'haurien de desenvolupar diverses estratègies: a) educació per a la societat, que funcionàs com a prevenció davant el suïcidi, i b) plans de prevenció específics per a cada persona. Existeixen programes preventius adreçats a persones grans, com ara el Positive Education about Aging and Contact Experiences (PEACE) (Butcher i Ingram, 2018; Van Orden i Deming, 2018). El model PEACE, segons expliquen Van Orden i Deming (2018), destaca perquè intervé precisament en els prejudicis i estereotips, entre altres aspectes. Els prejudicis i els estereotips envers l'edat poden afectar la salut mental de les persones grans i acabar per convertir-se en un factor de risc (Holm et al., 2021). Segons Draper (2014), la intervenció sobre l'edatisme actua com una tipologia de prevenció universal.

Van Orden i Deming (2018) també destaquen la teràpia basada en la resolució de problemes (Problem Solving Therapy, PST) com una intervenció prometedora, ja que té resultats en el trastorn depressiu i redueix les temptatives suïcides. D'altra banda, com destaca Draper (2014), els tractaments adreçats als trastorns depressius poden disminuir el comportament suïcida. Així mateix, Holm et al. (2021) assenyalen que les línies d'atenció telefònica són eficaces en la prevenció del suïcidi, però no existeix una atenció específica a les necessitats de les persones grans. Heisel (2006) remarcà l'ús d'eines de supervisió setmanal, com ara el *telehelp* o el *telecheck*.

Butcher i Ingram (2018) desenvoluparen una guia en la qual es descriuen possibles actuacions davant el risc de suïcidi en persones grans, i diferencien entre intervencions en situacions de crisi i altres intervencions. Els autors es decanten més per més mesures sanitàries o mèdiques quan es tracta de crisis, mentre que recomanen recursos de tipus psicològic, socials o comunitaris si no existeix la crisi (vegeu la taula 4).

Taula 4 | *Intervencions preventives de suïcidi en persones grans*

Intervenció en crisi	Altres intervencions
Hospitalització	Assignació d'un professional que supervisi el cas
Increment supervisió	Teràpia cognitivo-conductual
Hospitalització ambulant	Grups de suport
Medicació	Mediació familiar
Comunicar el risc a la família	Assessorament financer
Cita amb el professional	Més participació social
	Més participació comunitària

Font: Butcher i Ingram (2018)

Heisel (2006) explica que un problema principal en la prevenció és la falta de formació dels professionals en teràpia cognitivo-conductual de l'àmbit de la psicologia. Indica que aquesta formació hauria de contenir tant coneixements de la conducta suïcida com del trastorn de depressió. Per autors com Holm et al. (2021), la formació dels professionals i especialment d'atenció primària és una qüestió fonamental. En la revisió de Draper (2014) també es remarca que la capacitació professional fou eficaç en la reducció del comportament suïcida. Especialment, l'autor emfatitzà la rellevància que el metge de medicina general tingui coneixements específics sobre la conducta suïcida. En canvi, Heisel (2006) i Holm et al. (2021) remarquen que la formació o la capacitació hauria de ser integral i incorporar tant professionals com altres agents de la comunitat. Així mateix, també emfatitzen la rellevància d'educar els familiars.

De fet, entre les actuacions específiques adreçades a la prevenció del suïcidi, s'ha d'apostar per la comunicació i el diàleg (dotar d'habilitats també els familiars) (Holm et al., 2021). En primer lloc, s'ha d'afavorir que els familiars identifiquin senyals d'amenaça i de risc. En segon lloc, que aconseguixin que la persona parli amb un professional o acudeixi a una cita (Holm et al., 2021). Butcher i Ingram (2018) assenyalen també la rellevància de treballar el sentit de vida, de manera que en les persones grans podria ajudar fer un diari o intervencions de reminiscència.

Cal no oblidar la connexió social destacada d'una manera tan important en la majoria d'estudis comentats. La recerca actual comparteix mecanismes en l'activitat preventiva. Reduir el suïcidi en l'última etapa de la vida promovent i reforçant la connexió social: models de cura col·laborativa, gestió de cas comunitari, suport d'iguals, telefonades, etc. Es tracta de connectar les persones en risc amb altres d'iguals, amb els seus clínics, amb la comunitat i amb d'altres que es preocupin del seu benestar (Seneviratne et al., 2022).

5. Conclusions

El suïcidi en l'última etapa de la vida és un problema de salut pública molt important que ha estat identificat en molts països. Segons les dades analitzades en aquest treball (INE 2022), tant a Espanya com a les Illes Balears les dades són similars en el percentatge de suïcidi en el grup de persones de més de 55 anys i més elevades en els homes, amb unes diferències percentuals molt importants respecte de les dones. D'altra banda, una anàlisi detallada de l'evolució de les dades indica una tendència ascendent de mort per suïcidi, fins i tot tenint en compte que les Illes Balears respecte d'Espanya tenen un patró diferencial. A tot l'Estat, hi ha una tendència ascendent any rere any i a les Illes Balears hi ha una alternança entre anys (augmenta alguns anys i descendeix en d'altres). Amb tot, el resultat final és que el nombre de casos de suïcidi té una tendència a l'alça.

D'acord amb les revisions de la literatura actual, la recomanació més important és que el suïcidi ha de formar part de l'agenda política i tècnica i de les preocupacions de la societat. De manera concreta, i com ja destacava De Leo (2022), l'abordatge de la intervenció sobre el suïcidi requereix un acostament polifacètic.

Respecte de la revisió de Seneviratne et al. (2022), sabem que hi ha accions terapèutiques que obtenen bons resultats: el tractament amb antidepressius en pacients deprimits, les intervencions psicològiques —com la teràpia de resolució de problemes o la psicoteràpia de suport—, els telèfons d'ajuda i de respostes d'emergència, especialment per a persones aïllades socialment o amb dificultats de funcionalitat, fonamentalment

en el cas de les dones (les qui fan servir majorment aquests serveis). Sobre aquest tema, és important tenir en compte que els tractaments farmacològics difícilment tindran resultats positius en una persona que tingui en ment el suïcidi. És per això que es recomana complementar-los o i/o substituir-los per tractaments psicològics. Per això, es recomana treballar amb equips multidisciplinaris i tenir en compte les intervencions clau recollides en les revisions consultades. L'objectiu és prevenir el suïcidi i millorar la qualitat de vida de la població gran per reduir els factors que contribueixen a la depressió i a la ideació suïcida; identificar i tractar de manera primerenca els trastorns afectius i millorar el suport social per reduir el risc de suïcidi en les persones grans.

A més de posar en marxa plans de prevenció del suïcidi en persones grans, és important: sensibilitzar la societat sobre aquest tema; combatre l'edatisme i la discriminació de les persones grans; promoure una cultura de la resiliència, i l'adaptació als diferents estadis de la vida i als canvis que es produeixen en l'edat avançada; avançar-se a situacions de risc, i promoure el diagnòstic i l'atenció precoç dels intents de suïcidi i del suïcidi mateix.

Referències bibliogràfiques

Barak, Y., Cheung, G., Fortune, S., i Glue, P. (2020). No country for older men: ageing male suicide in New Zealand. *Australasian Psychiatry*, 28(4), 383-385. <https://doi.org/1.1177/1039856220905304>

Blasco, J. A., Ventura, M. E. , i Canet, A., (2004). La autopsia psicològica en medicina legal y forense. *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*, 13, 1-13.

Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., i Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 193-211. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>

Bickford, D., Morin, R. T., Woodworth, C., Verduzco, E., Khan, M., Burns, E., i Mackin, R. S. (2021). The relationship of frailty and disability with suicidal ideation in late life depression. *Aging & Mental Health*, 25(3), 439-444. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1698514>

Butcher, H. K., i Ingram, T. N. (2018). Evidence-based practice guideline: secondary prevention of late-life suicide. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(11), 20-32.

Calderón-Cholbi, A., Mateu-Mollá, J., i Lacomba-Trejo, L. (2021). Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. *Informació Psicològica*, (121), 85-105. <https://doi.org/dx.medra.org/10.14635/IPSiC.2021.121.3>

Chang, Q., Chan, C. H., i Yip, P. S. (2017). A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social Science & Medicine*, 191, 65-76. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.003>

Conwell, Y., Duberstein, P. R., i Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193-204. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01347-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01347-1)

De Leo, D. (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2, 7-12. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00160-1>

Draper, B. M. (2014). Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*, 79(2), 179-183. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.04.003>

Heisel, M. J. (2006). Suicide and its prevention among older adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(3), 143-154. <https://doi.org/10.1177/070674370605100304>

Heisel, M. J., i Flett, G. L. (2022). Screening for suicide risk among older adults: assessing preliminary psychometric properties of the Brief Geriatric Suicide Ideation Scale (BGSIS) and the GSIS-Screen. *Aging & Mental Health*, 26(2), 392-406. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1857690>.

Holm, A. L., Salemonsén, E., i Severinsson, E. (2021). Suicide prevention strategies for older persons. An integrative review of empirical and theoretical papers. *Nursing Open*, 8(5), 2175-2193. <https://doi.org/10.1002/nop2.789>.

Institut Nacional d'Estadística, INE (consultat el juliol de 2022). *Estadística de defuncions según la causa de la muerte*. Institut Nacional d'Estadística. Recuperat de: https://www.ine.es/dyns/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175

McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., i O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 274, 880-896. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>

Naghavi, M. (2019). Global, regional and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global burden of disease study 2016. *The British Medical Journal (BMJ)*, 364:194. <https://doi.org/10.1136/bmj.194>

Rowe, J. L., Conwell, Y., Schulberg, H. C., i Bruce, M. L. (2006). Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), 758-766. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000218324.78202.25>

Shah, A., Bhat, R., Zarate-Escudero, S., De Leo, D., i Erlangsen, A. (2016). Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape. *Aging Mental Health*, 20, 131-138. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1055552>

Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A., i Sarhani-Robles, A. (2022). Suicidal vulnerability in older adults and the elderly: study based on risk variables. *BJPsych Open*, 8(3), e77. <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2022.42>

Santos, J., Martins, S., Azevedo, L. F., i Fernandes, L. (2020). Pain as a risk factor for suicidal behavior in older adults: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 104000. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.104000>

Schepis, T. S., Simoni-Wastila, L., i McCabe, S. E. (2019). Prescription opioid and benzodiazepine misuse is associated with suicidal ideation in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 122-129. <https://doi.org/10.1002/gps.4999>

Seneviratne V. L., Ranaweera, S., i Atkins, M. (2022). Elder suicides: A reminder from the forgotten generation. *Asian Journal of Psychiatry*, 71, 103028. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103028>

Soriano, J., Portes, J., Portela, B., Cornes, J. M., Brenlla, J., i Mateos, R. (2019). Perfil de los intentos de suicidio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Santiago de Compostela en el periodo 2015-2017. *Informaciones Psiquiátricas, Monográfico XXI Jornadas de Actualización en Psicogeriatría*, 235, 89-108.

Valera, J., i Lucerón, M. I. (2021). Factores relacionados con el suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 95(1), e1-e19.

Van Orden K., i Conwell, Y. (2011). Suicides in late life. *Current Psychiatry Reports*, 13(3), 234-241. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0193-3>.

Van Orden, K., i Deming, C. (2018). Late-life suicide prevention strategies: current status and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 22, 79-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.033>.

Autors

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. És catedràtica d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB des de 2006. Té sis quinquennis de docència reconeguts i cinc sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. Quant a publicacions, té 239 articles en revistes nacionals i internacionals; 494 aportacions en llibres i capítols de llibre; 590 aportacions en Congressos i Conferències nacionals i internacionals. Es troba en el rànquing de les cinc mil investigadores més destacades a Espanya, segons el CSIC (2022). És la investigadora principal del Grup d'Investigació 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 1997-98 i l'ha dirigida 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'Envel·liment de les Illes Balears. Igualment és la directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC) de la UIB. Va crear la International Summer Senior University. Entre 2018 i 2019 fou directora general de l'Institut de la Gent Gran i Serveis Socials (Imsero) del Govern d'Espanya.

MARIA VALERO DE VICENTE

Oriola (1988). Doctora en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Intervenció Psicològica en Àmbits Clínics i Socials, i psicòloga general sanitària. Actualment, és professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre actiu del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES). Entre els seus interessos de recerca, destaquen el treball en competències familiars, els programes de prevenció basats en l'evidència i la prevenció de conductes de risc en la infància i l'adolescència.

LIDIA SÁNCHEZ-PRIETO

Cadis (1984). Doctora en Ciències de l'Educació amb Menció Internacional i llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). És psicòloga general sanitària. Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la UIB i Màster en Intervenció Multidisciplinària per a Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals per la Universitat de València. Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran. És membre del Grup d'Investigació i

Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Les seves línies de recerca principals són els programes de prevenció basats en l'evidència, la formació de professionals de programes preventius, i tècniques i estratègies d'intervenció psicològica.

**VELLESA I PERSONES
SENSE SOSTRE**

Vellesa i persones sense sostre

Biel Gelabert Noguera

Resum

El fenomen de l'exclusió social extrema i de les persones sense sostre, és a dir, les persones que es veuen en l'obligació de dormir al carrer, continua vigent als nostres dies, l'any 2022, en ple segle XXI.

Aquesta situació s'ha agreujat amb les crisis socioeconòmiques que ens han afectat aquests darrers anys, i la Unió Europea té l'objectiu de posar fi a aquest fenomen: que ningú no dormi al carrer (European Comision, 2019).

En aquest col·lectiu, les persones grans són les més afectades, principalment per la dificultat d'inserció laboral (per no dir que aquesta és nul·la) i per establir lligams i xarxes de suport, i per altres motius, com, per exemple, l'estat de salut.

En aquest article s'analitzen les dades obtingudes del centre de Ca l'Ardiaca amb relació a les persones sense sostre que hi han passat des de l'any 2005 fins al 2021. En concret, es fa una anàlisi quantitativa de les dades referides al col·lectiu de persones grans, és a dir, les que tenen més de 65 anys.

Resumen

El fenómeno de la exclusión social extrema y de las personas sin techo, es decir, las personas que se ven obligadas a dormir en la calle, sigue vigente en nuestros días, en el año 2022, en pleno siglo XXI.

Esta situación se ha agravado con las crisis socioeconómicas que nos han afectado en estos últimos años, y la Unión Europea tiene el objetivo de poner fin a este fenómeno: que nadie duerma en la calle (European Comision, 2019).

Entre este colectivo, las personas mayores son las más afectadas, principalmente por la dificultad de inserción laboral (por no decir que ésta es nula) y para establecer vínculos y redes de apoyo, y por otros motivos, como, por ejemplo, el estado de salud.

En este artículo se analizan los datos obtenidos del centro de Ca l'Ardiaca con relación a las personas sin techo que han pasado por allí desde el año 2005 hasta el 2021. En concreto, se realiza un análisis cuantitativo de los datos referidos al colectivo de personas mayores, es decir, las que tienen más de 65 años.

1. Introducció

El dia 24 de novembre de l'any 2020, el Parlament Europeu va aprovar tota una sèrie de recomanacions per als Estats membres per erradicar i combatre l'exclusió en matèria d'habitatge fins a l'any 2030. Els exigia que hi posassin fi. Segons la Comissió Europea, al voltant de 700.000 persones dormen al carrer.

Segons *l'Estratègia Nacional Integral per a Persones sense Llar 2015-2020*, a Espanya hi hauria entre 25.000 i 33.000 persones sense sostre. Aquesta xifra és la suma de les persones ateses en centres i comptades a la «Encuesta sobre centros de atención a personas sin hogar», duta a terme per l'INE l'any 2012, i inclou una estimació de les persones que dormen al carrer arreu de l'Estat i els recomptes fets a Madrid, Barcelona i Saragossa.

A Mallorca, l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) ha fet tres recomptes de persones sense sostre, els anys 2015, 2017 i 2019. Són tres fotografies de tres nits que ens mostren la nostra realitat i ens aproximen molt al nombre real de persones que dormen al carrer.

Si revisam les xifres del darrer recompte, el de l'any 2019, podem dir que a Mallorca hi ha 674 persones sense sostre. Aquesta dada sortiria de sumar les persones que la nit del recompte foren localitzades al carrer (208) i les que varen pernoctar en algun dels centres de la Xarxa d'Inserció (466).

La més alta institució europea (el Parlament Europeu), la més alta institució política espanyola (el Govern central) i l'Administració més propera (el Consell de Mallorca, a través de l'IMAS) promouen canvis per tractar el problema del sensellarisme. En l'entorn més local, es creen recursos, albergs, noves tipologies de tractament i s'inverteix a acostar més el treball amb les persones que no tenen un sostre.

A *l'Anuari de l'Envel·liment* de l'any 2013, presentàrem dades sobre les persones grans que feien ús del servei de baixa exigència de Ca l'Ardiaca.

Vuit anys després, presentam novament resultats referits a aquest col·lectiu:

- Una mostra ampliada: l'any 2013, estudiàrem 6.759 persones. Fins a l'any 2021, en el període 2005-2021 havien passat per Ca l'Ardiaca 12.830 persones.
- Molts de canvis a la Xarxa d'Inserció de l'IMAS: s'han creat serveis (de primera acollida, del qual parlarem més endavant, i especialment els serveis Primer la Llar o *Housing First* i *Housing Led*) que intenten prestar atenció individualitzada a cada una de les persones sense sostre de Mallorca.

- Sobretot, amb la pandèmia de la COVID-19, que va obligar les persones a quedar a ca seva durant un temps i les persones sense sostre a «estar a ca seva»... Va ser un cop fort per als responsables polítics i tècnics de l'atenció a aquest col·lectiu, però sobretot ho fou per a les persones que pernoctaven al carrer o als dispositius habilitats, i per als professionals que treballen al carrer i als centres d'acollida. Fou un temps de molta incertesa i d'actuar sense saber ben bé com.

Solitud, pèrdua de xarxa social, dificultats per recuperar els vincles socials... Tot això arriba, i d'una manera molt exponencial, amb la vellesa (Matamala, 2022). Quan parlem de vellesa i persones sense sostre, el binomi es repeteix en quasi tothom. Analitzam de manera superficial aquests trets característics dels usuaris, i quasi cada mes trobam exemples de gent gran que per motius varis —molts dels quals derivats de trencar amb la xarxa o el vincle— arriba al centre per a persones sense sostre de Ca l'Ardiaca.

2. Metodologia

El disseny que presentam és quantitatiu —tot i que s'emmarca en una recerca més àmplia també quantitativa— i en fem una anàlisi qualitativa mitjançant, sobretot, històries de vida.

Les dades, extretes de la base de dades de la Xarxa d'Inclusió Social de l'IMAS, són del període 2005-2021 i corresponen a l'alberg de Ca l'Ardiaca.

La tria de centre no ha estat aleatòria, ja que fins fa pocs anys era la porta d'entrada de les persones sense sostre a la xarxa d'albergs de Mallorca. Ca l'Ardiaca era el primer centre on podien tenir llit, d'aquí la seva importància estratègica.

2.1. Mostra

L'anàlisi inclou 426 persones de més de 65 anys que en el període 2005-2021 han pernoctat almenys una vegada a Ca l'Ardiaca. Cal tenir present que el centre té un alt nivell de repetició en les estades dels usuaris. Per a l'estudi, hem neutralitzat aquesta característica i les 426 persones són usuaris únics al llarg de cada any analitzat.

2.2. Instrument de recollida i anàlisi de les dades

La font de les dades són els registres de gestió per al funcionament quotidià del centre, que inclouen les fitxes de dades emplenades sistemàticament i informatitzades. La professionalitat del personal del centre permet fer una bona identificació de les persones que diàriament pernocten al centre i que les dades siguin molt fiables.

Aquesta informació ha estat analitzada mitjançant el programa estadístic SPSS.

3. Resultats

Les dades sociodemogràfiques que analitzam corresponen al període 2005-2021, en el qual han passat pel centre 426 persones de més de 65 anys. Per interpretar més bé els resultats hem creat les variables següents:

- **Distribució per edats:** hem agrupat els usuaris en franges d'edat seguint el model que aplica l'INE. Aquesta tria ens permet comparar els resultats de Mallorca amb els de les enquestes de l'organisme estatal.
- **Espanyol/estranger:** a l'arxiu original figura el país de procedència de la persona. Aquesta variable permet analitzar i comparar amb altres territoris.
- **Grans zones de procedència:** el país de naixement de les persones ens ajuda a interpretar les grans zones de procedència.
- **Nucli familiar:** aquesta variable està construïda a partir de l'estat que manifesten les persones quan arriben al centre.

Les altres variables que hem aplicat en aquesta ocasió són el nombre total d'usuaris del centre, el sexe i la comunitat autònoma de naixement.

Hem de comparar els resultats amb els de l'enquesta de l'INE 2012 sobre persones sense sostre, ja que en el període estudiat no s'han fet més enquestes a persones, però sí a centres i amb les dades sociodemogràfiques de les persones que en fan ús. També podem comparar aquests resultats amb els que es varen publicar l'any 2013 a l'*Anuari de l'Envel·liment*.

En el període 2005-2021 han fet ús del centre de baixa exigència 12.830 persones, un 3,3% de les quals (426) tenen 65 anys o més. Aquest percentatge baixa una mica respecte de l'anàlisi de l'any 2013 i també és inferior al de l'enquesta de l'INE de l'any 2012, en la qual representaven un 3,9%.

La distribució per edats mostra que no hi ha hagut canvis significatius en les dades que podem comparar, però quan analitzam l'evolució anual sí que hi constatem fluctuacions importants.

Taula 1 | *Distribució per franges d'edat dels usuaris de l'alberg de Ca l'Ardiaca en el període 2005-2021*

Edat	Freqüència	Percentatge
18 a 29 anys	2.125	16,6
30 a 44 anys	5.350	41,7
45 a 64 anys	4.868	37,9
65 anys o més	426	3,3
Sense dades	61	0,5
Total	12.830	100,0

Font: elaboració pròpia

Taula 2 | *Nombre total d'usuaris i dels més grans de 65 anys de l'alberg de Ca l'Ardiaca (2005-2021)*

Any	Freqüència	Freqüència més de 65 anys	Percentatge
2005	722	14	3,3
2006	901	9	2,1
2007	848	8	1,9
2008	960	12	2,8
2009	915	12	2,8
2010	832	16	3,8
2011	759	14	3,3
2012	830	19	4,5
2013	753	16	3,8
2014	718	19	4,5
2015	768	26	6,1
2016	825	47	11,0
2017	928	56	13,1
2018	782	60	14,1
2019	535	37	8,7
2020	424	29	6,8
2021	330	32	7,5
Total	12.830	426	100,0

Font: elaboració pròpia

Per interpretar les dades, podem diferenciar dos períodes. Un primer aniria de l'any 2005 al 2014, durant el qual hi ha hagut poca significació en el nombre i en el percentatge de persones; i un segon, que aniria de l'any 2016 al 2021, amb més significació en tots els àmbits.

En aquest segon període, podem notar dues franges d'anys diferents: una forta pujada del nombre de persones de més de 65 anys a partir de 2016 que es manté durant tres anys (2016, 2017 i 2018), i el darrer període de tres anys (2019, 2020, i 2021), en què baixa considerablement el nombre de persones, però que no arriba al dels primers anys.

Els motius d'aquest augment sobtat de gent gran poden ser molt diversos, ja que cada persona que arriba al centre és una història diferent de la resta, i fa mal establir criteris. Podríem pensar que l'augment de places al centre l'any 2016 i també de persones ateses de totes les franges d'edat podria ajudar a explicar-ho.

Els darrers tres anys, quan el nombre i percentatge de persones sense sostre de més de 65 anys ha disminuït, segurament l'obertura del Centre de Primera Acollida de la Xarxa d'Inserció ha ajudat a minvar el nombre de persones ateses, no només de més de 65 anys, sinó de totes les franges d'edat, com podrem constatar. Hem de dir que aquest centre acull les persones que mai no havien estat ateses i, amb un potent equip tècnic de professionals qualificats, intenta donar una resposta ràpida a les persones que arriben a la xarxa. Un altre motiu és la disminució de places als centres a causa de la COVID-19. Tot i que els mesos de confinament es varen cercar més espais per a les persones, després minvaren les places disponibles als centres. L'any 2022 s'ha recuperat el nombre normal de places ofertes.

Les carteres de serveis del Govern de les Illes Balears i de l'IMAS, juntament amb el programa de Prioritat Social, ajuden a minvar el nombre de persones que poden arribar al centre.

El repte dels anys que venen és observar de quina manera evoluciona aquest indicador, ja que entre els anys 2020 i 2021 ha tornat a augmentar lleugerament el nombre de persones ateses.

El fenomen del sensellarisme entre persones de més de 65 anys és un fet molt masculinitzat (Rubio-Martin et al., 2022). Ho és en totes les franges d'edat i també en aquesta, però menys que la mitjana. Si ens fixam en totes les franges d'edat, el percentatge de dones és d'un 13,2%, i, en la franja analitzada, d'un 15,5%. En qualsevol cas, és un percentatge molt baix, per la qual cosa podem afirmar que l'exclusió social per manca de sostre és masculina.

Taula 3 | *Distribució per sexe dels usuaris de més de 65 de l'alberg de Ca l'Ardiaca (2005-2021)*

Sexe	Freqüència	Percentatge
Dona	66	15,5
Home	360	84,5
Total	426	100,0

Font: elaboració pròpia

Una altra de les característiques sociodemogràfiques que fan que aquest grup de persones sigui diferent de la resta és l'origen. En el còmput general de tot el període analitzat (2005-2021), les persones estrangeres que han fet ús del centre representen el 52,2%, i les nascudes al territori espanyol, el 48,7%. Quan parlem de persones de més de 65 anys, aquesta característica es transforma de manera significativa. Podem explicar que les persones estrangeres que arriben al centre majoritàriament estan en edat de poder-se inserir en el mercat de treball.

De tota manera, encara que és molt inferior a la mitjana, aquesta dada de quasi un 30% de persones estrangeres és rellevant per motius varis. Aquesta gent tindrà dificultats d'inserció, ja que pràcticament estaran fora de l'àmbit laboral i tindran molt poca o cap xarxa de suport. Seran persones que faran ús del recurs durant molt de temps i que requeriran un acompanyament socioeducatiu molt intens per part dels professionals del centre.

Taula 4 | *Usuaris estrangers i espanyols de l'alberg de Ca l'Ardiaca (2005-2021)*

Nacionalitat	Freqüència	Percentatge
Espanyols	300	70,4
Estrangers	126	29,6
Total	426	100,0

Font: elaboració pròpia

Les dues taules següents complementen i ajuden a explicar la informació anterior. La primera fa referència a la procedència dels estrangers. Ja hem comentat que és una taula construïda a partir de les variables inicials del país de procedència.

Destacam que les dues zones que més persones aporten són les dues més properes físicament. Europa aporta un 12,7% de les persones i és la zona política més propera, ja que no existeixen fronteres ni limitacions a la mobilitat entre el nostre territori i els països que la formen. La segona zona està formada pels països d'Amèrica.

Taula 5 | *Distribució per grans zones de procedència dels usuaris de l'alberg de Ca l'Ardiaca (2005-2021)*

Zona de procedència	Freqüència	Percentatge
Espanya	300	70,4
Europa dels 28	54	12,7
Amèrica Llatina	39	9,2
Magreb	18	4,2
Àfrica Subsahariana	6	1,4
Altres territoris	9	2,1
Total	426	100,0

Font: elaboració pròpia

D'aquestes dades destacam que les dues zones que més persones aporten són les dues més properes. L'Europa dels 28 n'aporta un 12,7%, és la zona política més propera i no hi ha cap frontera ni limitació a la mobilitat entre Espanya i els països que la formen. La segona zona són els països d'Amèrica Llatina, i és la zona més propera culturalment parlant. Amb tots aquests països compartim una llengua, cultura, religió... Podem dir que són països molt propers.

Els canvis més significatius en comparació amb les dades presentades l'any 2013 són que s'han incrementat des d'un 3,8% fins a un 9,2% les persones procedents d'Amèrica Llatina i, per altra banda, han disminuït des d'un 5,1% fins a un 4,2% les persones que provenen del Magreb.

La segona taula fa referència a les 300 persones que són nascudes a l'Estat espanyol i que representen el 70,4% d'aquesta franja d'edat. Presentam les dades de la comunitat autònoma de naixement d'aquestes persones.

Taula 6 | *Distribució per comunitat autònoma de naixement dels usuaris espanyols de l'alberg de Ca l'Ardiaca (2005-2021)*

Comunitat autònoma de naixement	Freqüència	Percentatge
Andalusia	69	16,2
Aragó	4	0,9
Principat d'Astúries	3	0,7
Illes Balears	82	19,2
Castella i Lleó	20	4,7
Castella-la Manxa	12	2,8
Catalunya	38	8,9

continua

Comunitat autònoma de naixement	Freqüència	Percentatge
Comunitat Valenciana	16	3,8
Extremadura	7	1,6
Galícia	3	0,7
Comunitat de Madrid	13	3,1
Regió de Múrcia	9	2,1
País Basc	9	2,1
Melilla	8	1,9
Total Espanya	293	68,8
Estrangers	126	29,6
Sense dades	7	1,6
Total	426	100,0

Font: elaboració pròpia

Notam que la comunitat autònoma d'on prové més gent és les Illes Balears, amb un 19,2%, i la segona, Andalusia, amb un 16,2%. Les dues mateixes comunitats l'any 2013 encapçalaven aquesta estadística, però amb les posicions a l'inrevés: Andalusia, amb un 20,9%, i les Illes Balears, amb un 14,9%. Comparant aquestes dades amb les de totes les persones, aquestes dues comunitats són les que més n'aporten, però amb uns percentatges molt diferents: els nascuts a les Illes Balears arriben a un 40,3% de la totalitat de persones nascudes al territori espanyol; els nascuts a Andalusia representen un 20,2%.

Catalunya, Castellà i Lleó i la Comunitat Valenciana són les altres comunitats destacables, tot i que estan a molta distància de les dues primeres.

La darrera taula que presentam és la distribució de les persones segons el nucli familiar. És una variable construïda a partir de les entrevistes que es fan als usuaris, en les quals manifesten l'estat civil.

Taula 7 | *Distribució dels usuaris de l'alberg de Ca l'Ardiaca segons el nucli familiar (2005-2021)*

Nucli familiar	Freqüència	Percentatge
Amb nucli familiar	56	13,1
Sense nucli familiar	91	21,4
Ruptura	248	58,2
Sense dades	31	7,3
Total	426	100,0

Font: elaboració pròpia

Destaca que la majoria de les persones manifesten que han patit ruptura, és a dir, estan separades, divorciades o són vídues. El 58,2% de les persones d'aquesta franja d'edat estan en aquest valor. Si agafam de referència tota la població que ha passat pel centre en el període analitzat, aquest valor representa un 28,3% del total.

Quan parlem de totes les franges d'edat, el valor dominant és el que anomenam «Sense nucli familiar», que representa un 48,2% de les persones.

Podem interpretar que a aquestes edats la pèrdua, la separació, l'allunyament del nucli és un factor que pot ser el desencadenant de patir una situació de sensellarisme.

4. Conclusions

El perfil general de les persones de més de 65 anys que arriben al centre de baixa exigència de Ca l'Ardiaca és el d'un home nascut a les Illes Balears i que ha sofert un procés de trencament del nucli familiar.

Aquesta descripció difereix si hem de descriure les persones que pernocten al centre i no tenim en compte les franges d'edat.

També hem pogut demostrar que amb els anys s'esdevenen canvis significatius que poden variar l'atenció i la manera d'atendre aquest col·lectiu de persones, i també podrien ajudar a prevenir situacions de sensellarisme. Primer augmenta el nombre de persones d'aquesta franja d'edat, i els darrers anys disminueix. Cada vegada arriben més persones nascudes a Espanya i no nascudes a l'estranger. De les persones que arriben de l'estranger, la majoria són de països propers políticament i culturalment. Els nascuts a les Illes Balears són els que hi predominen.

També hem pogut veure que hi ha variables que no canvien amb el pas del temps. L'exclusió social severa, quedar sense aixopluc, és un aspecte molt masculinitzat i moltes d'aquestes persones han patit un procés de ruptura del nucli familiar.

Referències bibliogràfiques

Cabrera, P. J. (1998). *Huéspedes del aire*. UPCO.

European Commission, Baptista, I. i Marlier, E. (2019). *Fighting homelessness and housing exclusion in Europe*. European Commission.

Institut Nacional d'Estadística (2012). *Encuesta a personas sin hogar*. Institut Nacional d'Estadística.

Matamala, E. Z. (2022). *Desactivar el sinhogarismo de larga duración*. Universitat de València.

Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030. (2015). *Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020*. Centro de Publicaciones. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>.

Rubio-Martín, M. J., Muñoz, M., Cabrera, P. J. i Sánchez, M. R. H. (2022). *Perspectiva social y psicológica de la situación sin hogar. Vidas de calle y sueños rotos*. Pirámide.

Autor

BIEL GELABERT NOGUERA

Vilafranca de Bonany (1971). Llicenciat en Pedagogia per la UIB l'any 2006 i habilitat com a educador social l'any 2001. Treballà d'educador social a l'Ajuntament de Son Servera des de l'any 1992 al 2004. Des de 2004 a l'actualitat, és coordinador de l'alberg de baixa exigència de Ca l'Ardiaca, que pertany a la Xarxa d'Inclusió de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS). És professor associat de la UIB des de l'any 2010 al Departament de Filosofia i Treball Social, a l'àrea de Sociologia.

**QUAN LES SEPARACIONS
I ELS DIVORCIS APAREIXEN EN UNA
ETAPA AVANÇADA DE LA VIDA.
ADAPTACIÓ A LA NOVA REALITAT VITAL**

Quan les separacions i els divorcis apareixen en una etapa avançada de la vida. Adaptació a la nova realitat vital

Liberto Macías González

Marga Vives Barceló

Resum

L'envel·liment actiu i la qualitat de vida en persones grans considera la possibilitat de poder decidir com encaminar la vida, també pel que fa a les relacions de parella. Si bé en l'àmbit nacional ja el 1981 es va aprovar la denominada Llei del divorci, pel que fa al col·lectiu de persones grans, el nombre de separacions i divorcis era significativament inferior al d'altres franges d'edat.

El capítol pretén fer una primera aproximació a la realitat dels divorcis i separacions de parelles amb, almenys, un dels cònjuges més gran de 65 anys, analitzant, entre d'altres, variables com la satisfacció amb la vida, la salut, l'aspecte econòmic, la llar o les xarxes socials.

Es posen de manifest alguns dels motius principals que han impulsat a acceptar, cada vegada més, com una opció real per a les persones grans la possibilitat de poder separar-se i divorciar-se. Implica rompre mites, prejudicis o tabús, tant des de la dimensió comunitària, com familiar, com personal; especialment des de la mirada de gènere o la influència de les variables culturals.

Resumen

El envejecimiento activo y la calidad de vida en personas mayores considera la posibilidad de poder decidir cómo encaminar la vida, también en cuanto a las relaciones de pareja. Si bien en el ámbito nacional ya en 1981 se aprobó la denominada Ley del Divorcio, referente al colectivo de personas mayores, el número de separaciones y divorcios era significativamente inferior al de otras franjas de edad.

El capítulo pretende hacer una primera aproximación a la realidad de las separaciones y divorcios de parejas con, al menos, uno de los cónyuges mayor de 65 años, analizando, entre otras, variables como la satisfacción con la vida, la salud, el aspecto económico, el hogar o las redes sociales.

Se ponen de manifiesto algunos de los motivos principales que han impulsado a aceptar, cada vez más, como una opción real para las personas mayores la posibilidad de poder separarse y divorciarse. Implica romper mitos, prejuicios o tabús, tanto desde la dimensión comunitaria, como familiar, como personal; especialmente desde la mirada de género o la influencia de las variables culturales.

1. Introducció

La primera sentència de divorci a Espanya es va dictar l'any 1932, el 6 de setembre, durant la Segona República. Aquesta llei quedà derogada durant la dictadura franquista i, posteriorment, mentre durà la Transició cap a la democràcia, tornà a sorgir el debat social i polític. Ja han passat 41 anys des que el 22 de juny de 1981 el ple del Congrés dels Diputats aprovà, sense el consens de la part més conservadora de la representació parlamentària, la Llei 30/1981, coneguda popularment com la Llei del divorci, llei vigent amb les actualitzacions dutes a terme durant els anys 2005 i 2015.

La societat en la qual ens trobam ha canviat molt en tots els aspectes i àmbits d'actuació. Una de les característiques determinants d'avui en dia és l'envelliment de la població. L'any 2002 l'OMS definí l'envelliment actiu com «el procés en què s'optimitzen les oportunitats de salut, participació i seguretat a fi de millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envelleixen». Aquesta nova concepció de veure i entendre l'envelliment posa damunt la taula la importància que les persones grans siguin els vertaders protagonistes del seu procés d'envelliment.

Complementàriament, l'heterogeneïtat en el perfil de famílies ha estat una característica en les darreres dècades; l'augment de famílies monoparentals i de famílies reconstituïdes permet també un canvi d'expectatives vers el matrimoni, i un canvi de mentalitat vers el mite de l'amor romàntic sobre el fet que el matrimoni és per a sempre (Ferrer et al., 2010) i que l'única sortida d'un matrimoni és la viduitat (Brown i Wright, 2017).

Quina és la incidència de les ruptures matrimonials? Certament, com assenyalen Barend i Dewild (2018), des dels anys setanta «els divorcis s'han tornat més comuns als països occidentals, encara que mostren una variació internacional considerable». Aquests autors indiquen una incidència més alta als països nòrdics i més baixa als països mediterranis. Segons l'INE (2022b), Letònia, Lituània i Luxemburg (3,1 divorcis per cada 1.000 persones), Xipre (2,6), Suècia (2,5) i Finlàndia (2,4) són els països amb una taxa més alta de divorci; mentre que les taxes més baixes apareixen a Irlanda (0,7 el 2017) i Malta (0,7). Aquest mateix informe indica que en catorze països europeus la taxa bruta de divorcis va augmentar, mentre que es va mantenir o disminuir als tretze restants.

El col·lectiu de persones més grans de 65 anys no és aliè en aquest fenomen social; de fet, segons Brown i Wright (2017), el denominat socialment «divorci gris» representava un terç de les dissolucions matrimonials.

Segons les dades de l'INE sobre els divorcis a Espanya, i com es pot comprovar a la taula 1, durant l'any 2021 es dictaren 86.851 sentències de divorci; 3.674 separacions i 57 nul·litats. Si revisam la seqüència històrica, que es mostra des de l'any 2016, es pot

observar que es van produint fluctuacions entre els anys, encara que són xifres molt similars, en el rang dels 90.000 divorcis. Tant en l'àmbit estatal com autonòmic, destaca la disminució de ruptures matrimonials l'any 2020, coincidint amb el temps de la pandèmia de la COVID-19, que va tenir un impacte notable en quasi tots els aspectes de la vida quotidiana i fins i tot en els divorcis, ja que va suspendre tot tipus de processos, i segurament els processos de divorci es van aturar o es van alentir algun temps, fins a tornar a la situació de la nova normalitat, i van augmentar una altra vegada l'any següent, el 2021, acostant-se a les xifres pre-pandèmiques. Només les separacions, a les Illes Balears, augmentaren de 76 el 2019 a 99 el 2020. Aquesta fluctuació sobre les taxes de divorci es van reduir significativament, de 0,2 a 0,4 punts en la majoria dels casos, en quasi tots els països del món¹.

Taula 1 | *Total de nul·litats, separacions i divorcis. Dades estatals i autonòmiques (2016-2021)*

	Total		Nul·litats		Separacions		Divorcis	
	Estatals	Illes Balears	Estatals	Illes Balears	Estatals	Illes Balears	Estatals	Illes Balears
2021	90.582	2.401	57	0	3.674	92	86.851	2.309
2020	80.015	2.248	40	0	2.775	99	77.200	2.149
2019	95.320	2.523	75	0	3.599	76	91.645	2.447
2018	99.444	2.596	92	4	4.098	94	95.254	2.498
2017	102.341	2.694	100	0	4.280	146	97.960	2.548
2016	101.294	2.539	117	2	4.353	154	96.824	2.383

Font: INE (2022).

Segons l'INE (2022), el nombre més gran de divorcis entre cònjuges de distint sexe té lloc en la franja d'edat d'entre 40 i 49 anys, tant en un cònjuge com en l'altre (les dades són dels totals, sense diferenciació del sexe). L'edat mitjana de les dones és de 45,5 anys i la dels homes de 47,8 anys, edats similars a les de l'any anterior, 2020 (INE, 2022).

Aquestes dades són generals, si ens centram en les del col·lectiu de les persones grans, que podem observar a la taula 2, l'any 2021, en la franja d'edat en la qual els dos membres tenen entre 50 i 59 anys es produïren 13.459 divorcis; en la franja d'edat en què els dos tenen entre 60 i 69 anys hi va haver un total de 3.947 divorcis, i dels que tenien 70 anys i més es divorciaren 1.033 parelles. De fet, segons l'INE, quasi un 32,8% dels divorcis van tenir lloc després de més de vint anys de matrimoni.

1. <https://worldpopulationreview.com/>.

Taula 2 | *Comparativa de divorcis segons l'edat dels cònjuges. 2016 i 2021*

		Cònjuge 2					
		Any	Total	De 40 a 49 anys	De 50 a 59 anys	De 60 a 69 anys	70 anys i més
Cònjuges	Total	2021	86.851	34.967	23.444	8.169	2.315
		2016	96.824	38.313	24.019	7.765	2.106
	De 40 a 49 anys	2021	35.579	23.996	7.925	676	105
		2016	38.470	25.214	8.730	665	108
	De 50 a 59 anys	2021	19.712	2.649	13.459	3.059	242
		2016	19.403	2.489	13.268	3.119	226
	De 60 a 69 anys	2021	6.107	209	1.019	3.947	895
		2016	5.374	151	813	3.542	829
	70 anys i més	2021	1.385	34	34	277	1.033
		2016	1.147	13	35	197	899

Font: INE (2022)

La major part dels divorcis que van tenir lloc a Espanya el 2021 foren entre parelles amb els ambdós cònjuges entre els 40 i els 49 anys. Aquesta franja d'edat domina, amb 35.579 casos. La segona franja d'edat amb més incidència és la dels 50 als 59 anys, amb 19.712 casos. En tercer lloc es troben les parelles entre els 30 i els 39 anys, amb 13.240 casos.

Centrant-nos en les ruptures matrimonials a partir de les parelles adultes grans, socialment ha aparegut el terme de «divorci gris», també denominat «divorci de plata», i es refereix a matrimonis que acaben després de dècades de convivència. L'exemple de la separació de Bill Gates i de la seva dona Melinda, després de 27 anys de convivència, en va ser un exemple. Socialment, també ha aparegut un altre terme que focalitza l'atenció en aquestes ruptures en els homes, la denominada «síndrome de l'home jubilat»; en aquest sentit, s'explica que, quan els homes arriben a aquesta etapa vital, les dinàmiques establertes per aquells que han fet feina des de molt joves, a l'hora de jubilar-se, canvien radicalment i aquest fet impacta en la seva vida d'una manera que afecta directament les seves dones. Aquesta síndrome s'ha referit bastant al Japó, no només pel tema cultural sinó perquè l'esperança de vida és de les més altes del món, fet que suposa que durant aquesta nova etapa els homes tinguin una esperança de vida d'uns vint anys més.

Certament, el nombre de ruptures matrimonials és explicat en l'àmbit estatal al voltant dels 40 anys dels membres de la parella, quan, en termes generals, es pot considerar que es disposa de més temps per estar tots sols, sense l'esforç i la dedicació a la cura

dels fills, que possiblement ja entren a una etapa adulta o d'adolescència tardana. Per això aquesta etapa es pot considerar com una nova joventut que a alguns els fa (re) plantejar-se la relació de parella i el sentit de la vida. Com comenten Lin et al. (2016), l'augment d'esperança de vida fa que s'entengui que queden molts anys de vida i es decideixi que no es volen (mal)gastar en una relació insatisfactòria.

Aquests pensaments apareixen també en altres dècades posteriors i, si bé d'entrada en l'etapa vital pròxima a la jubilació el fet de rompre una relació estable de parella de dècades pugui fer sentir més incertesa que en altres etapes anteriors, la síndrome del denominat «niu buit», és a dir, quan els *fills s'independitzen de la llar familiar*, pot fer decantar la decisió cap a la ruptura matrimonial, com bé demostra el nombre de ruptures matrimonials en l'àmbit mundial (Suárez, 2016).

La síndrome de «niu buit» pot explicar part de les ruptures en aquesta etapa vital, però, com bé recull el treball de Villalobos (2022), no només n'hi ha una causa. Testimonis recollits en diferents reportatges de premsa² citen motius com el descobriment d'infidelitats de dècades de durada, però també informen de parelles rompudes que continuen juntes per motius econòmics o per malaltia d'un membre de la parella.

Un altre element que cal tenir present és la variable *cultural*; com bé indiquen Wolfe i Thomber (2021), el període històric determina el significat social i les conseqüències de les ruptures de parella. Aquesta variable afecta de manera més intensa les dones (Carr i Utz, 2020); especialment per la pressió social i la pressió religiosa, les quals presenten una gran influència, conscient o inconscient, en les vides i decisions de les dones de la generació del *baby boom* i anteriors:

La separació estava molt estigmatitzada en aquest país. Jo record que en els primers anys es vivia amb veritable paüra el moment de dir-ho a la família. Fins i tot molta gent ho feia i no ho deia ni a la feina ni en cap lloc, perquè no transcendís. Ara, molts decideixen fer un pas llargament meditat perquè el pes social és més baix. Et quedes amb el propi pes, però no arrossegues els comentaris de la família, que et diuen *i ara tu què faràs, ho has pensat bé? Estàs boja, trencaràs la teva família, què serà dels teus fills?* Era terrible... (*El País*, 2022)

De sobte, després de 20 anys criant fills mires al teu costat i veus un home o una dona assegut al sofà i et dius a tu mateix que ja no saps ni qui és. [...] la persona que és al teu costat ja no és la persona amb qui et vas casar fa 25 anys. (*65ymás*, 2021)

2. López, S. (2022). Divorcio a partir de los 65 años: el reto de encontrar un nuevo hogar. *El País*.

Com es pot observar, la **influència d'una educació fermament religiosa** ha dut una generació a no poder prendre les seves pròpies decisions individuals i personals per seguir unes creences que feien que tota la societat es comportàs d'una determinada manera, la que considerava la societat d'aquell moment que era la més adequada, sense tenir en compte la realitat de les persones, incorporant sentiments de fracàs vital en plantejar-se una ruptura.

Finalment, un darrer factor destacable que pot ajudar a explicar l'augment de ruptures matrimonials en parelles de gent gran és la **independència econòmica**, especialment de la dona, a causa, principalment, de la seva incorporació al mercat laboral des de fa dècades. Aquesta seguretat econòmica pot permetre prendre la decisió o, almenys, plantejar-se de manera seriosa el canvi de vida en l'àmbit personal i familiar.

2. Conseqüències multidimensionals dels divorcis en persones més grans de 65 anys

La realitat de cada ruptura, quant a la variable individual, familiar i comunitària, pot marcar les conseqüències que se'n derivin. Si bé hi ha cada vegada més una acceptació de les ruptures de parelles grans, amb el rerefons del canvi demogràfic (Carr i Utz, 2020) el suport instrumental i emocional de la persona amb qui es romp la relació pot afectar directament la qualitat de vida i el benestar individual, i tindrà efectes també en les conseqüències del procés d'envelliment, com indiquen Carr et al. (2017); una tensió marital pot afectar directament el benestar i intensificar els impactes negatius dels factors estressants crònics i aguts.

La mentalitat de les adolescents dels anys vuitanta que ara arriben als cinquanta anys és clarament més oberta que la de dones d'èpoques anteriors; una mentalitat que permet dotar les dones de més autonomia en les decisions personals i vitals i en què la dependència econòmica de la parella masculina ja no és un impediment per poder fer-ho, ja que la seva incorporació al mercat laboral des de fa dècades li permet aquesta autonomia econòmica. Com recull Wolfe i Thomber (2021), la variable cultural, econòmica, però també la possibilitat d'haver accedit a estudis, a una educació més gran i més fites acadèmiques, afecta també el canvi de mentalitat vers el mite del matrimoni fins a la mort.

La incidència de l'augment de les ruptures en matrimonis de dècades de convivència ha estat objecte d'estudi per part de la comunitat científica. Els diversos estudis dedicats a investigar sobre l'augment dels divorcis, com plantegen els autors Barend i Dewild (2018), s'han elaborat des de dues visions: per una banda, tenim els estudis que expliquen aquest augment com a conseqüència de la desestandardització del cicle vital

(per exemple, Fogli i Veldkamp, 2011) i, per altra banda, els treballs que se centren en les conseqüències econòmiques del divorci en els membres de la parella (per exemple Gruber, 2000, Kalmijn, 2007, Uunk, 2004).

Pocs són els estudis que han analitzat les ruptures en parelles de més de dues dècades de convivència; la majoria analitzen els divorcis de manera general. Aquesta literatura ens informa que el divorci té un impacte negatiu en el benestar de les persones. Aquests efectes negatius fan referència, segons els autors anteriors, a factors estressants, com per exemple l'accés a recursos financers i comunitaris, felicitat, satisfacció amb la vida i els relacionats amb temes de salut, tant física com mental. Per tant, els efectes del divorci dependran del seu grau d'associació a efectes estressants i de l'adaptació de la persona a la nova situació fora del matrimoni (Gray et al., 2011).

Els estudis anteriors a 2010 que sí que es focalitzaren en divorcis en edats avançades (Amato et al., 1995; Bulcroft i Bulcroft, 1991; Dykstra, 1997; Pezzin i Schone, 1999; Rezac, 2002; Shapiro, 2003; Solomou et al., 1998; citats a Gray et al., 2011) conclouien que els divorcis en edats avançades tenien un efecte perjudicial en la part relacional de la persona, així com en les seves xarxes familiars i en les relacions intergeneracionals. Alguns estudis que incorporaven la perspectiva de gènere (Cooney i Dunne, 2001; de Graaf i Fokkema, 2007; Pezzin i Schone, 1999; Rezac, 2002; Solomou et al., 1998; citats a Gray et al., 2011) assenyalaven que l'impacte negatiu més gran el sofrien els homes, sobretot en aquells aspectes que tenen a veure amb les relacions amb la família extensa. En certa manera, una «penalització social» en tenir unes xarxes socials més dèbils, que es tradueixen en pèrdua d'amistats i tensions entre pares i fills, que podien derivar en la reducció de la disponibilitat dels fills en la seva cura. En canvi, per a les dones, els efectes més destacables eren en l'àmbit econòmic (Carr i Utz, 2020).

Estudis més recents com el de Crowley (2019), basat en vuitanta entrevistes a persones grans divorciades, demostraven que eren comunes les preocupacions relacionades amb la solitud, així com les preocupacions financeres; mentre que les persones entrevistades identificaven com a conseqüències positives nivells més alts de felicitat, sentiments d'alliberació i més independència i llibertat.

Alguns estudis s'han centrat en aquestes variables en concret. Dedicam els paràgrafs següents a descriure'ls breument.

a) Satisfacció amb la vida

L'estudi de Gray et al. (2011) informa que la valoració de la satisfacció amb la vida de les dones que s'havien divorciat i no es tornaren a casar o emparellar és inferior en set de les dimensions avaluades: la llar on viuen, la situació financera, la seguretat

(sentir-se segures), el sentiment de pertinença a la comunitat, la salut, el barri (veïnat) i el temps lliure. En canvi, els homes no informaven negativament pel que fa a totes aquestes dimensions: mostren puntuacions baixes en comparació amb el grup d'homes casats i mai divorciats en la llar on viuen, la situació financera i en el fet de sentir-se part de la comunitat més propera i del barri on viuen.

b) Salut

Quant a l'estat de salut, Gray et al. (2011) assenyalen que per als homes la situació marital no mostra cap efecte sobre la salut general, vitalitat i salut mental; en canvi, les dones divorciades que no es tornen a emparellar mostren uns nivells més baixos en salut general, vitalitat i salut mental que altres dones casades i que mai no s'han divorciat. També es troben autors que assenyalen que el fet de tenir problemes de salut mental augmenta les possibilitats de divorci, com és el cas de Simon (2002), i que la salut física augmenta les possibilitats que els homes grans es tornin a casar; per exemple, els estudis de Lillard i Pannis (1996; citat a Gray et al., 2011). Amb tot, cal tenir present que certs estudis informen que les persones adultes divorciades generalment tenen una vida més curta comparada amb la dels adults casats (Sbarra et al., 2011).

Tot i això, cal no oblidar que la relació amb la salut ha estat àmpliament relacionada en els estudis amb l'àmbit econòmic. Wolfe i Thomber (2021) determinaven que, com més riquesa a la llar, més longevitat de les persones grans, especialment les casades. En el seu estudi recordaven la denominada riquesa immobiliària, relacionada amb el sentiment de disposar de refugi i de seguretat (Woldoff i Ovadia, 2009) o, en cas contrari, perdre la casa es podria relacionar amb el repunt de suïcidis en edat adulta (Houle i Light, 2014); altres estudis recollits en el de Wolfe i Thomber (2021) relacionaven la riquesa financera amb un bon nivell cognitiu; per exemple, en la implementació correcta de maneig dels doblers.

c) Economia

Tal com hem anat avançant, pel que fa al treball de Wolfe i Thomber (2021), són diversos els estudis que confirmen que un divorci condueix a fortes caigudes econòmiques (Addo i Lichter, 2013). Aquests autors recullen diferents estudis que associen divorci - àmbit econòmic - mortalitat; bàsicament per quatre aspectes:

1. *Riquesa immobiliària*. Tenint present que la llar és la principal font de riquesa en l'edat adulta, en una ruptura de parella aquesta es veu altament reduïda, especialment en les dones; fet que afecta la seva salut i el seu benestar (Addo i Lichter, 2001; Yilmazer et al., 2015; Killewald i Bryan, 2016).

2. *Estalvis* (doblers en efectiu, estalvis, accions, bons...). Aquests poden ser un bon recurs quan la llar serà sustentada només per una persona i els seus recursos econòmics (Hällsten i Pfeffer, 2017; Keister, 2014).
3. *Riquesa vehicular*. Alguns autors asseguren que el cotxe que es posseeix pot ser un indicador de la renda disponible, en el sentit que està relacionat amb les despeses de mantenició, residència geogràfica o la disponibilitat de transport personal, així com el benestar i la seguretat que es genera.
4. Finalment, alguns estudis com el de Zagorsky (2005) relacionen el divorci amb una alta probabilitat d'*endeutament* i de *fallida*.

Una línia d'investigació ha estat la del sexe, és a dir, si la ruptura matrimonial en edat adulta afecta igual tant homes com dones. Diversos autors arriben a conclusions similars: per una banda, O'Neila, Aubrechtb i Keefea (2021) consideren que la inclinació de les dones a una parella masculina sorgeix com un factor que influeix en els seus ingressos, i la fi del matrimoni per divorci té més impacte financer negatiu en les dones que en els homes. Altres autors, com Gray et al. (2011), sostenen que el divorci està associat amb menys nivell d'ingressos i pitjors condicions financeres, i que el fet de tornar-se a casar està associat amb la millora en el benestar financer en la vellesa. Aquesta millora en el benestar financer o econòmic pot limitar els impactes socials i de salut negatius del divorci entre les persones més grans, ja que el fet de poder mantenir les seves relacions socials i les seves activitats és important per a la percepció positiva de benestar (Bata, 1993; Bata, 1994).

d) Llar

Barend i Dewild (2018) sostenen que hi ha una associació negativa entre l'experiència del divorci i el patrimoni immobiliari dels propietaris d'habitatges en la vellesa, i aquesta associació negativa es dona en els deu països analitzats a l'estudi. Per tant, l'anàlisi que feren fa costat a una associació entre l'experiència del divorci i menys riquesa en habitatges per a homes i dones que encara són propietaris de l'habitatge després del divorci. Altres estudis mostren que les relacions de gènere tenen un paper en les experiències de les dones, és a dir, que el divorci de la parella masculina actua com un factor desestabilitzador en l'habitatge de les dones (O'Neila et al., 2021).

e) Xarxes socials i relacionals (contacte social)

Els estudis que recull el treball de Carr i Utz (2020) afirmen que, un cop confirmada la ruptura, la gent gran té la capacitat de emmotllar-se a la nova realitat, especialment adaptant la dimensió social; per exemple, cercant noves parelles, participant en

activitats productives (Brown et al., 2019), com a voluntaris (Matz-Costa i Shavit, 2017) o enfortint la relació amb els fills adults (Carr i Boerner, 2013).

Quant al contacte social, Gray et al. (2011) no observen diferències significatives entre diferents grups d'homes i dones com a grup, però sí que les observen entre els gèneres. Els homes divorciats informen que solen reunir-se amb altres persones (amics, parents, etc.) almenys una vegada a la setmana, així com participen o assisteixen a clubs, associacions, etc. En canvi, les dones divorciades sí que informen que són menys propenses a participar en activitats de la comunitat, com per exemple el voluntariat, en comparació amb les dones casades. Encara que la diferència no és estadísticament significativa, trobam que és interessant comentar-ho.

f) Suport social percebut

L'estudi de Gray et al. (2011) assenyala que els homes divorciats obtenen nivells més baixos de suport social percebut en cinc dels deu ítems individuals contestats. Quant a les dones divorciades les puntuacions són similars a la dels homes divorciats on puntuaren més baix en cinc dels deu ítems, en aquest cas sí que resultaren diferències estadísticament significatives.

3. Conclusions

El nombre de ruptures de parelles de gent gran és una realitat social actual i que va en augment any rere any. Es tracta d'una realitat en l'àmbit mundial, estatal i autonòmic. Anteriorment, les baixes xifres de separacions i divorcis en aquest col·lectiu eren degudes sobretot a aspectes culturals i a una educació estrictament religiosa en què el matrimoni era un element sagrat i no hi havia cabuda per a una separació dels dos cònjuges. Aquest pensament es reflecteix, sobretot, en les dones, quan exterioritzaven frases com: *és l'home que m'ha tocat, o estam casats fins que la mort ens separi, o jo m'he casat amb ell i és per a tota la vida...*, aquest tipus de comentaris de cada vegada els sentim menys.

El col·lectiu dels més grans ja no consideren aquest tema com un tabú, sinó que valoren la seva situació personal, familiar, relacional, etc., i de cada vegada més s'encoratgen per fer una passa endavant quan creuen que una ruptura matrimonial és la millor decisió per a la seva vida. Possiblement, el fet de ser persones adultes que ja han passat per un divorci previ però que ja no tenen tanta por de la solitud com en la primera ruptura, el fet de concebre que la vida pot començar o es pot refer a 50 anys, amb l'augment de l'esperança de vida, o el fet que vivim més i amb més bones condicions, són factors que poden ser elements que de manera conscient o inconscient afavoreixen aquestes decisions.

Els investigadors han pres consciència d'aquesta nova realitat i s'obre una línia de recerca que la literatura científica ha començat a descriure. En aquest sentit, no només avalua les variables determinants que poden facilitar una ruptura més enllà dels 50 anys d'una persona, o de parelles amb més de 20 anys de convivència; sinó també les seves conseqüències. En aquests estudis, una mirada de gènere, especialment amb les dones, ha ajudat a confirmar com, a poc a poc, hi ha una ruptura de mites com el del matrimoni fins a la mort (Villalobos, 2022). Certament, variables com l'educació, amb una influència no tan elevada de l'element religiós en les adolescents dels anys vuitanta, la seva posterior incorporació al mercat laboral i, consegüentment, el fet de disposar d'autonomia financera, juntament amb una comprensió i acceptació del divorci en edats adultes per part de familiars i de la comunitat, han ajudat en aquest increment de ruptures de parella en què les dones han estat les que han fet el primer pas.

Com hem vist al llarg del capítol, hi ha quatre factors (més esperança de vida, rompre mites culturals i religiosos quant a la no ruptura del matrimoni, l'efecte de repensar la parella després de la independència dels fills, més autonomia econòmica de la dona) que són també comuns a les ruptures de parelles que tenen entre 40 i 49 anys; emperò en aquesta etapa, també afecta el replantejament vital després de la jubilació i un element que pot no haver aparegut en etapes anteriors: les segones núpcies o els matrimonis de curta durada són més probables que els primers matrimonis i les unions conjugals de llarga durada (Brown i Lin, 2012); és a dir, que ja haver tingut una experiència de ruptura matrimonial prèvia pot afectar l'acceleració de la ruptura d'una segona relació o de relacions posteriors en edat gran.

Amb tot, una ruptura de parella, i més quan aquesta ha conviscut durant dècades, implica canvis en moltes dimensions: personals, familiars, comunitaris... Els canvis ja comencen a l'etapa prèvia a la separació, però no només són palesos quan hi ha la ruptura, sinó també en els moments posteriors, és a dir, en les conseqüències que té aquesta ruptura; unes conseqüències que poden convertir-se en negatives per a la persona o, a voltes, en noves oportunitats vitals. Cal gestionar sentiments, replantejar tant el projecte vital d'un mateix com la relació amb la persona que ha estat la parella durant dècades, gestionar les noves relacions amb el sistema familiar de l'exparella, les dinàmiques i relacions amb els fills, així com aspectes logístics relacionats amb els béns materials, com l'habitatge o els vehicles, que poden condicionar clarament el nivell econòmic d'una persona en una època en què no és possible legalment accedir al mercat laboral. En aquests moments, la resiliència, especialment de la persona que no ha decidit la ruptura, esdevé un factor clau (Villalobos, 2022).

Referències bibliogràfiques

Barend, W. i Dewild, C. (2018). Home-ownership and housing wealth of elderly divorcees in 10 European countries. *Ageing & Society, 38*, 267-295.

Brown, S. L. i Lin, I. F. (2012). The gray divorce revolution: Rising divorce among middle-aged and older adults, 1990-2010. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 67*(6), 731-741.

Brown, S.L., i Wright, M.R. (2017). Marriage, Cohabitation, and Divorce in Later Life. *Innovation in Aging, 1* (2) 1-11. <https://www.doi.10.1093/geroni/igx015>.

Carr, D., Cornman, J. C., i Freedman, V. A. (2017). Disability and Activity-related Emotion in Later Life: Are Effects Buffered by Intimate Relationship Support and Strain? *Journal of Health and Social Behavior, 58*(3), 387-403. <https://doi.org/10.1177/0022146517713551>.

Carr, D. i Utz, R. L. (2020). Families in Later Life: A Decade in Review. *Journal of Marriage and Family, 82*, 346-363.

Castillejo, A. (2021). Bill Gates, Melinda y el fenómeno del divorcio gris. *65ymas*. https://www.65ymas.com/actualidad/bill-gates-melinda-fenomeno-divorcio-gris_27477_102.html

Crowley, J. E. (2019). Does everything fall apart? Life assessments following a gray divorce. *Journal of Family Issues, 40*(11), 1438-1461.

El País (2021). Cuando el divorcio estalla en el umbral de la vejez. <https://elpais.com/sociedad/2021-06-06/cuando-el-divorcio-estalla-en-el-umbral-de-la-vejez.html>

El País (2022). Divorcio a partir de los 65 años: el reto de encontrar un nuevo hogar. <https://elpais.com/economia/negocios/2022-05-14/divorcio-a-partir-de-los-65-anos-la-aventura-de-encontrar-un-nuevo-hogar.html#:~:text=En%202020%2C%20%2C3%BAI-timo%20a%20%20con,las%20separaciones%3A%20771%20en%202020>

Eurostat (2022). Demografia. [https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-4b.html?lang=en#:~:text=In%202019%2C%20the%20highest%20crude,\) %20and%20Malta%20\(0.7\)](https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-4b.html?lang=en#:~:text=In%202019%2C%20the%20highest%20crude,) %20and%20Malta%20(0.7)).

Ferrer, V., Bosch E. i Navarro, C. (2010). Los mitos del amor romántico en España. *Boletín de Psicología, 99*, 7-31.

Gray, M., De Vaus, D., Qu, L. i Stanton, D. (2011). Divorce and the wellbeing of older Australians. *Ageing & Society*, 31, 475-498.

INE (2022a). Divorcios según la edad de los cónyuges. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=20536&L=0>

INE (2022b). Demografía de la Unión Europea. [https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/bloc-4b.html?lang=en#:~:text=In%202019%2C%20the%20highest%20crude,\)%20and%20Malta%20\(0.7\)](https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/bloc-4b.html?lang=en#:~:text=In%202019%2C%20the%20highest%20crude,)%20and%20Malta%20(0.7)).

INE (2022, 15 de juliol). Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios [nota de prensa]. https://www.ine.es/prensa/ensd_2021.pdf

Lin, I. F., Brown, S. L., Wright, M. R. i Hammersmith, A. M. (2016). Antecedents of gray divorce: A life course perspective. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 73, 1022-1031.

O'Neila, K., Aubrechtb, K. i Keefe, J. (2021). Dimensions of housing insecurity for older women living with a low income. *Journal of Housing for the Elderly*, 35(1) 1-27.

Sbarra, D. A., Law, R. W. i Portley, R. M. (2011). Divorce and death: A meta-analysis and research agenda for clinical, social, and health psychology. *Perspectives on Psychological Science*, 6(5), 454-474.

Štípková, M. (2021) Marital status, close social network and loneliness of older adults in the Czech Republic. *Ageing & Society*, 41, 671-685,

Suárez, J. (13 de gener de 2016). *Divorcio en la madurez: claves para afrontarlo*. <https://psicologiaymente.com/pareja/divorcio-madurez>

Villalobos, M. R. (2022). *Proceso de resiliencia experimentado durante el divorcio según la perspectiva de mujeres adultas mayores: Un análisis desde la disciplina de Orientación y el modelo de Richardson* [Tesi de llicenciatura, Universitat Nacional de Costa Rica].

Wolfe, J. i Thomber, J. D. (2021). Divorce, Economic Resources, and Survival among Older Black and White Women. *Journal of Marriage and Family*, 83, 173-190.

World Population Review (2022). *Divorces by country*. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/divorce-rates-by-country>

Autors

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Llicenciat en Pedagogia i doctor en Educació per la Universitat de les Illes Balears. Expert universitari en Intervenció en Qualitat de Vida de Persones Grans per la UNED. Especialista en Envel·liment Actiu, Qualitat de Vida i Gènere (CSIC). Professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Tècnic especialista i coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (2007-2021). Ha estat membre de la comissió de treball de promoció de l'autonomia de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (IMAS). Entre les seves línies de recerca principal destaquen la qualitat de vida i l'aprenentatge al llarg de tota la vida. És col·laborador del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Guanyador del Premio de Investigación Adoración Holgado Sánchez AEPUM 2020 (febrer de 2021), de l'Associació Estatal de Programes Universitaris per a Majors (AEPUM).

MARGA VIVES BARCELÓ

Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Entre les seves línies de recerca principal destaquen la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, les relacions intergeneracionals i la gestió de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballar amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida de la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de les Persones Majors (IMAS) i participant, entre d'altres, en la comissió de protecció del major.

**LES PELVIS.
FEMINISTES DE TOTA LA VIDA**

Les Pelvis. Feministes de tota la vida

Victòria Morell Salom

Resum

Des dels anys setanta, les Pelvis van començar a organitzar-se entorn d'un moviment conegut com el *self-help*. En un context marcat per la dictadura, en què els drets de les dones estaven condicionats a la voluntat de l'home, aquestes dones van trobar a través del coneixement i l'exploració de la seva pròpia sexualitat una via cap a l'emancipació.

A través de trobades clandestines, van ajudar altres dones a conèixer el seu propi cos. Amb un espècul i una llanterna, ajudaven les dones a identificar els seus òrgans genitals i els períodes del cicle menstrual, a més de realitzar-se exploracions mamàries com a mesura de prevenció del càncer de mama. Tenint en compte que en aquesta època moltes dones mai no havien tingut un orgasme —les relacions sexuals es destinaven exclusivament a la funció reproductiva i al plaer sexual masculí—, una de les reivindicacions del col·lectiu va ser identificar el clítoris i ensenyar a les dones estratègies per a masturbar-se i obtenir el propi plaer.

La tasca d'aquest col·lectiu s'ha adaptat a les demandes socials de cada temps. Tot això en el marc de la creació del primer centre de planificació familiar de les Illes Balears i, posteriorment, la creació de Dona Sana, un espai en el qual aborden la salut de les dones des d'una perspectiva holística i feminista.

Les Pelvis, gairebé cinquanta anys després, continuen amb la seva tasca, posant el focus en les persones grans. El seu repte principal és oferir una vellesa activa, dignificada i amb la mirada posada en les dones, ja que per la seva trajectòria vital, fruit de la societat patriarcal i masclista en la qual han viscut, tenen una manera diferent d'envellir que els homes.

Resumen

Desde los años setenta, las Pelvis empezaron a organizarse en torno a un movimiento conocido como el *self-help*. En un contexto marcado por la dictadura, donde los derechos de las mujeres estaban condicionados a la voluntad del hombre, estas mujeres encontraron a través del conocimiento y la exploración de su propia sexualidad una vía hacia la emancipación.

A través de encuentros clandestinos, ayudaron a otras mujeres a conocer su propio cuerpo. Con un espéculo y una linterna, ayudaban a las mujeres a identificar sus órganos genitales y los periodos de su ciclo menstrual, además de realizarse exploraciones mamarias como medida de prevención del cáncer de mama. Teniendo en cuenta que en esta época muchas mujeres nunca habían tenido un orgasmo —las relaciones sexuales se destinaban exclusivamente a la función reproductiva y al placer

sexual masculino—, una de las reivindicaciones del colectivo fue identificar el clítoris y enseñar a las mujeres estrategias para masturbarse y obtener el placer propio.

El trabajo de este colectivo se ha adaptado a las demandas sociales de cada tiempo. Todo esto dentro del marco de la creación del primer centro de planificación familiar de las Islas Baleares y, posteriormente, la creación de Dona Sana, un espacio donde abordan la salud de las mujeres desde una perspectiva holística y feminista.

Las Pelvis, casi cincuenta años después, continúan con su trabajo, poniendo el foco en las personas mayores. Su principal reto es ofrecer una vejez activa, dignificada, y con la mirada puesta en las mujeres, puesto que por su trayectoria vital, fruto de la sociedad patriarcal y machista en la cual han vivido, tienen una forma diferente de envejecer que los hombres.

Durant bastant temps al carrer del Rector Vives del barri de Gènova es rebien cartes amb una sola adreça: *Per a les Pelvis*. El carter no necessitava més informació, sabia bé on anaven dirigides aquestes missives que, en la gran majoria de casos, contenien a l'interior paraules d'agraïment o dubtes sobre la salut sexual o reproductiva de dones procedents de tota la Península.

Les Pelvis, que així es feien anomenar, eren un grup de sis dones feministes de Mallorca que s'havien convertit els anys setanta en un referent en l'àmbit estatal quant a la denúncia de la falta de control de les dones sobre el seu propi cos i els abusos que sofrien per part del sistema mèdic.

Cal tenir en compte que llavors a Espanya les dones encara vivien sotmeses a una dictadura que havia arrasat amb tots els seus drets. Amb el règim franquista, el camí de les dones cap a l'emancipació i la igualtat es va veure soterrat. A través de noves lleis civils, models educatius o la mateixa Sección Femenina del partit falangista, el paper de la dona va quedar sotmès a les expectatives i voluntats dels homes. Perseguien i jutjaven totes les que es desviaven d'un camí imposat amb fermesa. Un camí que començava i acabava en la llar familiar i en els petits espais autoritzats. Només unes quantes es van atrevir a desafiar el règim, entre les quals hi havia un grup de dones de Mallorca que es van aliar en la clandestinitat.

En aquest context, aquestes dones havien iniciat l'acte més revolucionari que es pot dur a terme amb una mateixa: conèixer i explorar el propi cos i, per tant, la pròpia sexualitat. Un periple al qual s'anirien sumant progressivament companyes de viatge en una lluita que s'estendria a la reivindicació de drets, l'accés a mesures anticonceptives,

el dret a l'avortament, l'accés a la salut sexual i reproductiva, el divorci i l'accés als centres de planificació familiar.

Amb la fi de la dictadura es va obrir un procés de democratització i un fil d'esperança per a totes les dones que, des de la clandestinitat, s'organitzaven per recuperar i reivindicar els seus drets. La seva tasca es va estendre ràpidament als barris, les associacions de veïns, les organitzacions professionals i, fins i tot, a l'interior dels partits polítics ja legalitzats. És el moment en què es gesten els primers grups feministes, que reivindicarien amb força i fermesa la recuperació de tots els seus drets robats durant dècades.

Així doncs, la mort de Francisco Franco el 1975 va suposar un punt d'inflexió per al moviment feminista. Ningú no oblidarà on i amb qui es trobava en el moment en què es va anunciar la mort del dictador. 1975 és l'any que les Nacions Unides triarien com a Any Internacional de la Dona. Un any després, el 1976, se celebrarien a Madrid les Primeres Jornades per a l'Alliberament de la Dona i, posteriorment, a Barcelona, les Jornades Catalanes de la Dona, que deixaria per a la memòria col·lectiva imatges com la de Maruja Torres sostenint una pancarta amb el lema «Jo també soc adúltera», o els grups de dones que practicaven l'autoexploració de mames en els passadissos de la universitat.

En aquesta democràcia acabada d'estrenar, i amb l'anhel de llibertat a flor de pell, van sorgir diversos grups feministes a Mallorca, contagiats per l'onada de les primeres manifestacions que van generar un sentiment de sororitat que es va estendre per tot el país.

La tasca del Col·lectiu Pelvis es va inspirar en els grups d'autoconeixement, anomenats *self-help* als Estats Units. La influència d'aquest moviment va venir de la mà de Leonor Taboada, que a Califòrnia va traduir amb Raquel Sheer Salgado (vegeu la imatge 1), per a la població xicana, *Our Bodies, Ourselves*, del Col·lectiu per la Salut de les Dones de Boston.



Imatge 1. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Llibre traduït per Leonor Taboada i Raquel Sheer, 1976, primera edició.

A la fi dels anys seixanta, la Universitat de Massachusetts va oferir un curs de medicina sobre les dones i els seus cossos que no va convèncer moltes de les assistents, per la qual cosa catorze dones d'edats compreses entre 23 i 39 anys van decidir investigar pel seu compte i van continuar fent trobades de manera periòdica per intercanviar coneixements i compartir experiències personals.

A partir dels setanta, en ple furor del moviment feminista als Estats Units, les dones cercaven conèixer-se, explorar la seva sexualitat, la seva capacitat reproductiva, l'anticoncepció, o bé l'avortament. Així doncs, van començar a explorar els seus òrgans reproductors i sexuals a través d'un espècul amb el qual s'obria una porta d'autoconeixement fins llavors reservat només per a metges.

A partir de l'autoexploració, les dones investigaven de manera conjunta i construïren un coneixement sobre el seu cos estudiant mètodes anticonceptius existents i investigant-ne altres de possibles, així com la menstruació, el flux i els remeis casolans per a la vaginitis. Les raons mèdiques per a aquestes pràctiques no eren tan importants com el fet que s'empoderessin com a grup i prenguessin el control d'una àrea fonamental en la seva vida; el seu propi cos i la seva sexualitat.

Fruit d'aquestes trobades i de les preocupacions pròpies de la sexualitat femenina, van formar el Col·lectiu de les Dones de Boston. D'aquest col·lectiu va néixer el llibre *Our Bodies, Ourselves*, que es va convertir en el referent de l'autoconeixement sexual femení per a milions de dones, obrint també una nova perspectiva feminista en el camp de la medicina. Comença així: «Totes les dones somiem en controlar la nostra vida, però per causes personals, socials, polítiques i d'altres no ho aconseguim... Tenint el control dels nostres cossos tindrem el control de la nostra vida...».

Ningú no imaginava que seria un dels llibres més influents del segle XX, amb més de quatre milions d'exemplars venuts i amb traduccions en 33 idiomes.

Es va començar a vendre per menys de trenta cèntims de l'època, i van aconseguir, sense gaire difusió, que el llibre fos adquirit per més de 225.000 persones. De fet, com a anèdota, els anys setanta va ser el llibre més robat de les biblioteques dels Estats Units.

La responsable que aquest llibre arribés a Espanya i a Mallorca va ser Leonor Taboada. A la traducció *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* a Espanya la precediria l'any 1978 la publicació de *Cuaderno feminista*, que consagraria Taboada com un referent al moviment feminista en l'àmbit estatal (vegeu la imatge 2).

Durant anys el Col·lectiu va dur a terme una gran activitat. Inicialment, el formaven Leonor Taboada, Jimena Jiménez, Niní Quetglas, Malén Cirerol i Lola Collantes de Terán.

A principis dels setanta, les Pelvis oferien xerrades i trobades d'autoconeixement: amb un espècul i una llanterna ajudaven les dones a identificar els seus òrgans genitals i els períodes del cicle menstrual, així com a identificar la vulva i el clítoris.

Cal destacar que en l'època moltes dones no havien tingut mai un orgasme. Per a elles, el sexe només era per procrear, i no per gaudir. Una altra de les activitats que duïen a terme era la instrucció per a les exploracions mamàries com a mesura de prevenció del càncer, així com mitigar els dolors menstruals.

A poc a poc, el grup va anar ampliant-se, com també les activitats que oferien. El Col·lectiu va compartir un pis al carrer de la Impremta, on feien, a més de grups d'autoconeixement, consultes d'anticoncepció, mesurament del diafragma, i rebien dones amb tota mena de problemes, fins i tot de maltractament.

La influència social també va anar en augment i el grup va anar guanyant un espai i un reconeixement social. Així va ser com van crear un programa setmanal a Ràdio Mallorca, conegut com a *Senyores i senyores*. En aquest programa entrevistaven dones sobre les seves històries sexuals, donaven informació sobre sexualitat, i fins i tot feien crítiques al sistema polític de l'època, fet que va causar la censura i el tancament del programa, que es va reinventar amb un altre espai anomenat *Llavors del futur*.

Més enllà de l'espai radiofònic, a mitjan dècada dels setanta, també escrivien una secció setmanal al periòdic *Última Hora*, *Coses de Dones*, en què inicialment es va parlar de l'orgasme femení, amb una gran repercussió.

Després d'anys de reivindicacions i treballs col·lectivitzats, l'any 1979 les Pelvis van començar a reivindicar els centres de planificació familiar i, després de les eleccions municipals de 1979, va començar a funcionar el de Palma, el 1981. El centre va recollir inicialment el concepte de salut i autoconeixement de les feministes del *self-help*.

El primer centre de planificació familiar incloïa un equip amb dues metgesses, Reyes López i Jimena Jiménez; una psicòloga, una infermera, una assistenta social, una administrativa, i una consultora.



Imatge 2. C del Col·lectiu de Boston. Anys setanta a Palma.

La manera de fer feina i d'assistir era diferent de tot el que s'havia conegut: es va formar una cooperativa, els treballs d'informació eren rotatius i la informació prèvia a la consulta era obligatòria, amb una xerrada sobre sexualitat i anticoncepció per a públic mixt. Durant el temps que el centre va estar en funcionament es van atendre més de 3.000 dones.

El 1984 Ramon Aguiló, batlle de Palma, pretenia transferir el centre a Insalud en unes condicions negatives per a la qualitat d'atenció que rebien les usuàries de la planificació. Es va iniciar una mobilització ciutadana d'usuàries, grups socials, partits polítics i sindicats, amb l'objectiu que el batlle arribés a un acord amb Insalud que permetés mantenir el centre tal com estava. Però de poc va servir, ja que el 28 de novembre de 1984 va tancar les portes per la força.

Més de tres dècades després, el Col·lectiu continua reivindicant la necessitat de restablir els centres de planificació com una mesura per oferir una salut integral per a les dones que pugui oferir una atenció especialitzada a malalties que les afligeixen específicament, com és el cas de les patologies del sòl pelvià, la incontinència d'esforç o l'endometriosis, entre d'altres.

Poc després del tancament del centre de planificació, l'any 1985, el Col·lectiu Pelvis va derivar en l'Associació de Dones de les Illes Balears per a la Salut (ADIBS), un espai en què el lema encara era el mateix, amb tallers de formació i aprenentatge en un espai segur envoltat de sororitat des d'una mirada feminista.

Després de trenta-cinc anys de la fundació d'ADIBS, les Pelvis continuen més vives que mai, batallant i reivindicant els drets de les dones com el primer dia en què van conformar el Col·lectiu. Potser ara la lluita se centra en la manera d'ensenyar a les dones de la seva mateixa generació a envellir des d'una perspectiva feminista, que aborda les peculiaritats i les diferències que tenen les dones i els homes a l'hora d'assumir la vellesa i les cures.

Desafortunadament, la vellesa i l'envelliment en la nostra cultura no estan ben vistos ni valorats. L'augment de l'esperança de vida, paradoxalment, no afavoreix circumstàncies de vida més bones, sinó que desemboca en més exclusió social, la qual cosa comporta més falta d'activitat i, amb això, un empitjorament de les habilitats i més desgast de l'organisme, que s'associa a una incidència de malalties més alta.

Les dones arrosseguen una motxilla important de feina i sacrifici abnegats per als altres, amb un maltractament freqüent per a la salut a causa, entre altres coses, de la falta de perspectiva de gènere en la sanitat. I només faltaria afegir a la visió de la vellesa d'aquestes dones la història de maltractament i violència no detectades, la incidència de la qual llança xifres altes en la nostra societat.

Quan parlem de vellesa no només cal parlar de cures, sinó també d'arquitectura feminista i ciutats habitables, de solitud, de sexualitat i també del cos. No només està desacreditat el fet de ser dona, sinó molt més el fet de ser vella en una societat patriarcal en la qual l'imperatiu més important al llarg de la vida de les dones és el de ser maca i d'estar-hi, i en què, a més, t'arraconen amb la menopausa, quan la funció principal a la qual estaves destinada ja no és possible. La falta d'autoestima, aquesta que s'alimenta de la mirada de l'altre, és una acompanyant freqüent del fet de ser dona i, encara més, del fet de ser vella.

El 28 de maig, dia establert per l'Organització Mundial de la Salut com a Dia d'Acció per a la Salut de les Dones, les Pelvis van organitzar a ADIBS unes jornades sobre la situació de les dones grans a la ciutat de Palma. En aquestes trobades, organitzades el 2017, el Col·lectiu va posar damunt de la taula les diferències que assumeixen les dones a l'hora d'envellir respecte als homes; afirmaven que les dones amb una edat avançada viuen en pitjors condicions, amb rendes generalment més baixes.

En aquest moment, en el qual assolim una esperança de vida de 85,6 anys, envelleixen les dones criades sota el règim franquista, amb el seu fort imperatiu patriarcal. Les dones d'aquesta època van ser socialitzades majoritàriament per a casar-se, tenir fills i dedicar la seva vida al treball sacrificat de cuidar la família. Feina ímproba que, no obstant això, com que no és reconeguda ni remunerada com a tal, els ha deixat molt pocs rèdits en el moment d'envellir. Una part important de la població que es troba en la vellesa sobreviu molt precàriament o malviu amb pensions de viduïtat i pensions no contributives de fins a 400 euros, que fa la supervivència i la salut molt difícils.

L'envelliment de la població és una de les transformacions socials més significatives del segle XXI, segons les Nacions Unides. La piràmide poblacional sempre s'ha inclinat a favor de les dones quan parlem de longevitat. A Palma les xifres en donen fe: segons les de l'Ajuntament de Palma, en la franja de 75 cap amunt, més d'un 75% de palmesans són dones. Això posa de manifest com les dones s'enfronten també a la solitud.

Gairebé mig segle després de les trobades secretes als pisos del carrer del Rector Vives, la tasca de les Pelvis està reconeguda socialment. La seva amistat perdura, i elles continuen treballant per empoderar la dona des de diferents àmbits. Un exemple el trobem en la creació de Dona Sana, un local destinat a trobades, teràpies, cinema, o club de lectures i biblioteca feminista; i un altre en el suport al projecte «Ciutat d'elles». Creat l'any 2003, representa una iniciativa pionera a l'hora d'oferir un habitatge col·laboratiu per a dones grans. Un projecte d'envelliment actiu basat en la sostenibilitat social, econòmica i mediambiental, allunyat del model actual de residències, i en què les dones es cuidin entre si, s'estimulin i es diverteixin.

L'objectiu i la lluita principal és aconseguir la implicació de les institucions públiques, que continuen mostrant reticències després de més de deu anys des de l'origen del projecte, que té com a objectiu dignificar la vellesa reconeixent el dret d'organitzar-se i prendre decisions pròpies en els darrers anys de vida.

La història de les Pelvis és una història de lluita feminista, des de les bases, la pròpia emancipació de les dones, la reivindicació del propi cos i la joventut, fins a la capacitat de prendre decisions pròpies en la vellesa.

Aquest grup de dones, admirades per les de la seva generació i referents per a les més joves, han tingut la capacitat d'adaptar-se a les necessitats de la nostra època evolucionant amb les demandes de la societat. Han sabut adaptar-se sempre a cada repte i context polític i social.

Han estat fruit i testimoni de cada canvi significatiu per a la dona i han participat en la seva lluita i els seus assoliments, com la llei del divorci i de l'avortament.

A elles devem part dels nostres drets, i probablement amb elles aprenem a viure i a valorar la nostra vellesa des d'un altre costat; a partir de la feminitat i el feminisme, la sensualitat i sexualitat, l'emancipació, la cura i la llibertat.

Enguany, el premi de Dones en Dansa d'Alaró ha estat per al Col·lectiu Pelvis.



Imatge 3. Les Pelvis en l'actualitat.

Referències bibliogràfiques

The Boston Women's Health Book Collective (1973). *Our bodies, ourselves*. Simon & Schuster.

The Boston Women's Health Book Collective (1982). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* (R. Scherr-Salgado i L. Taboada, trad.). Icaria. (Treball original publicat el 1973).

Autora

VICTÒRIA MORELL SALOM

Nascuda a finals dels vuitanta, Victòria Morell és directora, guionista i productora de continguts audiovisuals. Llicenciada en Ciències Polítiques per la Universitat Pompeu Fabra i especialitzada en periodisme, ha treballat en l'equip de producció de la productora Òptima TV, del grup de comunicació, continguts i tecnologia Lavinia. A les Illes Balears ha dirigit els documentals *Baltasar Samper* i *Prostitució i tracta, qüestió de poder* i ha escrit el documental *Llavors del futur*. Destaca la seva feina en la direcció de la sèrie documental *La Paca. Matriarca de la droga*, per a IB3 Televisió, actualment a Amazon Prime. Durant quatre anys ha dirigit el programa feminista *Dones*, a IB3 Ràdio. Ha fet feina en l'equip de guió del programa *Lo de Évole*, dirigit pel periodista Jordi Évole. El 2022 estrena el seu llargmetratge documental més íntim i personal: *Petricor. Històries de dones que es fan mal*. És la delegada de l'Associació de Dones Cineastes i de Mitjans Audiovisuals (CIMA) a les Illes Balears i forma part del Consell Assessor de Cultura del Govern de les Illes Balears.

**LA TERCERA EDAT AL
CINEMA ESPANYOL.
ALGUNES NOTES PER AL SEU ESTUDI**

La tercera edat al cinema espanyol. Algunes notes per al seu estudi

José Luis Castro de Paz
Héctor Paz Otero

Resum

Aproximació a l'estudi de la representació de la tercera edat al cinema espanyol des del suport teòric tant de l'anàlisi formal de les pel·lícules com de les recents aproximacions dels anomenats estudis fílmics d'edat. Partint de la limitada però simptomàtica presència d'ancians de sòlida nissaga literària en títols primitius (*El ciego de la aldea*, 1906) o en grans clàssics del cinema mut espanyol (*La aldea maldita*, 1930), el treball travessa diferents períodes de la història del nostre cinema (les comèdies melancòliques de la postguerra amb persones grans marcades per les ferides de la vida i de la contesa civil; l'esperpentització de l'ancià encarnat pel gran José Isbert en les esplèndides pel·lícules de Berlanga o Ferreri; la renovada perspectiva, humorística i solidària, del Nou Cinema Espanyol de Manuel Summers; els irats perdedors de Fernando Fernán Gómez en els seus grans films de maduresa) per desembocar en diverses mirades del segle XXI que, com la d'*O que arde* (Oliver Laxe, 2019), s'allunyen definitivament del retrat simplista i dels discursos de la decadència i ofereixen una nova tipologia de personatges que no deixa de proporcionar importants reptes a la creativitat dels cineastes.

Resumen

Aproximación al estudio de la representación de la tercera edad en el cine español desde el apoyo teórico tanto del análisis formal de las películas como de las recientes aproximaciones de los llamados estudios fílmicos de edad. Partiendo de la limitada pero sintomática presencia de ancianos de sólida estirpe literaria en títulos primitivos (*El ciego de la aldea*, 1906) o en grandes clásicos del cine mudo español (*La aldea maldita*, 1930), el trabajo atraviesa diferentes períodos de la historia de nuestro cine (las comedias melancólicas de la posguerra con personas mayores marcadas por las heridas de la vida y de la contienda civil; la esperpentización del anciano encarnado por el gran José Isbert en las espléndidas películas de Berlanga o Ferreri; la renovada perspectiva, humorística y solidaria, del Nuevo Cine Español de Manuel Summers; los airados perdedores de Fernando Fernán Gómez en sus grandes filmes de madurez) para desembocar en varias miradas del siglo XXI que, como la de *O que arde* (Oliver Laxe, 2019), se alejan definitivamente del retrato simplista y de los discursos de la decadencia y ofrecen una nueva tipología de personajes que no deja de proporcionar importantes retos a la creatividad de los cineastas.

1. Introducció. Els inicis

Diversos estudis recents sobre la representació fílmica de l'ancianitat confirmen que el cinema més pròxim als postulats de la indústria va preferir no freqüentar històries protagonitzades per personatges de la tercera edat, certificant una certa tendència a l'*edatis-*

me, fenomen definit pel doctor Robert N. Butler (1969) com una discriminació cap a les persones grans, molt present en la societat nord-americana, que sempre ha valorat l'acció i el vigor de la joventut enfront de la saviesa que s'adquireix amb l'edat. Genovard i Casulleras (2005, p. 5) fan ressaltar la importància dels codis culturals a l'hora de materialitzar l'objecte de representació, els quals han justificat, per exemple, que al cinema japonès la presència de personatges de la tercera edat sigui molt més notòria que al cinema hollywoodià de tipus comercial, les raons d'ordre econòmic del qual indueixen a ocultar-los.¹ En general, no obstant això, el cinema sempre va ser més procliu a retratar l'eterna joventut, una cosa comprensible si considerem que el ritual que acompanya el visionat d'un film força l'espectador a renunciar a si mateix per identificar-se amb «un doble que pren el lloc de l'ideal del jo» (Mityr, 1999, p. 211); un jo que aspira a una representació de si mateix semblant a la que Narcís es va trobar en el reflex d'un estany: jove i bell.

Des dels seus inicis, excepte escasses excepcions i de la mateixa manera, la imatge de la vellesa al cinema espanyol va haver de conformar-se amb un paper secundari o bé accidental. En *El ciego de la aldea* (Ángel García Cardona, 1906), un dels films més cèlebres del cinema primitiu espanyol, i malgrat la consideració que el títol atorga a la figura de l'ancià cec, la trama el relega en realitat a una estampa subsidiària i referencial amb una al·lusió evident al literari *Lazarillo de Tormes*. La seva presència serveix, més aviat, per esbossar amb traç més profund el perfil de la veritable protagonista, la seva jove neta, capaç d'atendre l'avi i, al seu torn, d'ajudar a resoldre un segrest. Estem, per tant, davant un dels estereotips més gastats en la representació de la vellesa: el de la fragilitat i la dependència, que, en aquest cas, es destina a enaltir les capacitats humanes de la jove i, no obstant això, madura cuidadora. Caracteritzat també per la ceguesa, apareix el vell personatge del gran clàssic del cinema mut espanyol *La aldea maldita* (Florián Rey, 1930).² En aquesta ocasió, l'avi Martín representa el far guaita de l'honor, d'un honor pretèrit i caduc, ancorat en un passat que entorpeix el progrés.

2. Postguerra i melancolia

El final de la Guerra Civil Espanyola en 1939 va ser, sens dubte, traumàtic; va haver-hi repressió, fam, desterraments i molt dolor. Aquest context històric va suposar el nutrient perfecte per a un cinema vinculat al gènere melodramàtic i format per

1. Com a paradigma de l'espès vel que s'anteposa a la visió d'un cos envellit al cinema espanyol, podem acudir, entre molts exemples possibles, a una seqüència de la pel·lícula *El bola* (Acheró Aragoneses, 2000) que sembla il·lustrar aquesta mirada esquivada. Es tracta d'una estampa familiar en la qual una mare i el seu fill de dotze anys renten a la dutxa el cos nu de l'àvia. Amb la seva nuesa semioculta sota l'escuma del sabó, l'àvia exclama: «Davant del nen, quina vergonya!», mentre ell, amb la vista fixa al terra, li respon: «Però si jo no miro, àvia».

2. Recollim aquí les matisacions formulades per Agustín Sánchez Vidal, ja que es va exhibir comercialment sonoritzada, a excepció del seu pas restringit previ. Passa que la còpia que ha sobreviscut és la muda.

pel·lícules presidides per una mirada masculina ferida per la pèrdua de l'objecte amorós. És, per exemple, el cas de la mirada que presideix *Huella de luz* (Rafael Gil, 1943), basada en una novel·la del corunyès Wenceslao Fernández Flórez, en la qual un empresari adinerat d'avançada edat, el senyor Sánchez Bey, «interpreta» el paper de «fada protectora» amb la finalitat d'ajudar un jove (Octavio Saldaña) entestat a conquerir el cor d'una noia (Lelly Medina), filla de l'amor frustrat de la seva joventut, en un intent per reviure a través de terceres persones el final feliç que ell no va poder gaudir. Si ens fixem en la posada en escena del moment en el qual Sánchez Bey i la mare d'Octavio observen complaguts la jove parella enamorada, podem veure com la disposició dels personatges i la ubicació de la càmera semblen recrear l'estampa de dos espectadors que observen la ficció representada en una pantalla cinematogràfica. Tant l'anciana mare d'Octavio com Sánchez Bey s'asseuen en un banc pràcticament d'esquena a la càmera, mentre que, en un segon pla, davant el camp de visió dels dos espectadors, la parella d'enamorats gaudeix del ball i del seu compromís de noces acabat d'estrenar. S'identifiquen, doncs, amb dos espectadors de cinema que contemplen en la pantalla el final d'una història de ficció. D'alguna manera, Sánchez Bey aconsegueix projectar sobre aquesta pantalla imaginària el final feliç que ell mai no va tenir, és a dir, aconsegueix recuperar el seu passat per poder modelar-lo al seu gust. Es tracta, doncs, d'una mirada ferida projectada des de l'ancianitat o, cosa que és el mateix, la proximitat de la mort. Com bé apunten Genovard i Casulleras (2005):

Les pel·lícules amb ancians com a protagonistes (o com a personatges secundaris) solen posseir una naturalesa dramàtica. Temes com el sumari de la vida viscuda, la rememoració ambivalent del pretèrit, l'angoixa pel dèficit de capacitats, la malaltia, la proximitat de la mort, l'abandó, etc., han donat lloc a guions representatius (pp. 11-12).

Es visibilitza una ferida per la qual supura tota l'amargor de l'individu derrotat que, en el cas del cinema hispà, es revela, a més, com a metàfora del trauma postbèl·lic, present, en més mesura, en els anys quaranta i cinquanta, però la seva cicatriu travessarà supurant algunes de les pel·lícules més emblemàtiques de la nostra cinematografia en les dècades posteriors.

3. La progressiva esperpentització de la tercera edat

En un volum recent publicat amb motiu del centenari del naixement del director valencià Luis García Berlanga, Alejandro Melero i Asier Gil Vázquez han deixat interessants anotacions sobre els cossos envellits en la filmografia d'aquest director. Tant a *Bienvenido, Mister Marshall* (1952) com a *Los jueves, milagro* (1957), les forces vives del poble són personatges d'avançada edat que orbiten entorn d'espais igualment

envellits, com la font o l'església en la primera pel·lícula, i el decadent balneari en la segona. La vellesa com a trop de la decadència s'expandirà més enllà dels espais habitats pels personatges i arribarà a afectar tota la societat, tal com ens mostren grans títols de marcat caràcter esperpèntic com *Plácido* (1961) o *El verdugo* (1963). En aquesta darrera pel·lícula, el declivi s'ha fet metastàtic en reproduir-se la immoralitat en les noves generacions malgrat els intents per desembarassar-se d'aquest cercle viciós. Exemple d'això és la seqüència final. El jove botxí, amb rostre desencaixat i cos lènguid després de la seva primera execució, comenta al seu sogre (José Isbert), botxí jubilat, que no ho tornarà a fer. Aquest agafa el bebè en braços i es gira per contemplar com un grup de joves burgesos ballen a la coberta d'un veler, al mateix temps que etziba: «Això mateix vaig dir jo la primera vegada», certificant d'aquesta manera una gran derrota.³ També protagonitzada per José Isbert i escrita per Rafael Azcona, encara que sota la direcció de l'italià Marco Ferreri, *El cochecito* (1960) contribueix també al procés d'esperpentització de la vellesa amb una història grisa d'un personatge marginat per la societat i, la qual cosa resulta més cruel, per la seva pròpia família, que acabarà enverinada per l'ancià.

Tenint en compte la predilecció de Berlanga per treballar amb els seus actors habituals (Isbert, José Luis López Vázquez, Félix Fernández, Manuel Alexandre...), genials «còmics de budell» que anaven envellint davant la seva càmera, les inquietuds entorn dels efectes de l'envelliment van cobrant més presència a l'etapa final de la seva obra. Ja en la dècada dels noranta, a *Todos a la cárcel* (1993) o *París-Tombuctú* (1999) trobem diversos aspectes negatius associats a la tercera edat: la càrrega que ningú no vol aguantar, la impotència sexual o la decrepitud enfront de la ufanor dels personatges femenins.

4. El Nou Cinema Espanyol

El sevillà Manuel Summers, un dels cineastes destacats del Nou Cinema Espanyol sorgit en els primers anys seixanta, introduirà des dels seus films inicials una tan primerenca com moderna i acerada crítica a aquesta visió negativa de la vellesa identificada com una càrrega familiar. Ja en la seva primera pràctica a l'Instituto de Investigaciones y Experiencias Cinematográficas (*El muertín*, 1958) ens presenta un sòlid esbós del seu cinema posterior, molt pròxim a l'humor de l'estil de *La Codorniz* i al de les seves pròpies vinyetes al diari *Pueblo*, sense paraules i d'un personalíssim humor negre. La

3. L'ancianitat com a exclusió social, i fins i tot familiar, en termes similars als presentats en *El viejecito* i, sobretot, *El cochecito*, la tornem a trobar dècades després a *Justino, un asesino de la tercera edad* (Santiago Aguilar i Luis Guridi, 1994), un film que recupera la tradició sainetística i esperpèntica en què el protagonista recorre als assassinats en sèrie per cobrir el buit que el seu retir com a rematador ha deixat en la seva vida.

breu cinta ofereix pinzellades que, estilitzant-se, apareixeran més depurades no només en la interessantíssima *El viejecito* (1959) sinó també i sobretot en els tres primers i més prestigiosos llargmetratges del cineasta sevillà: *Del rosa... al amarillo* (1963), *La niña de luto* (1964) i *Juguetes rotos* (1966). Per començar, aquesta història d'un enterrament fallit ens presenta de manera més que embrionària un dels seus temes capitals: la posada en solfa dels ritus i la litúrgia de la mort en tan aclaparadores cotilles nacionalcatòliques de la vida, ridiculitzats en la seva absurda rigidesa i estulta cerimoniositat, aprofitant per això el seu (inevitable) contacte amb la realitat quotidiana.

El viejecito, una altra pràctica filmada el març de 1959, constitueix una peça substancialment més elaborada que l'anterior, per molt que —en un cert sentit argumental— bé pot ser llegida com una espècie de «preqüela», perquè conclou quan comença el trasllat al cementiri del «viejecito» protagonista, retratat amb solidaritat, respecte i tendresa. La història s'inicia amb una escena quotidiana en la qual el fill i la neta de l'ancià, sense gens de sentiment ni emoció, parlen del que sembla per a ells un tema diari i gairebé trivial: —*S'ha mort ja, l'avi?* —*No, dorm.* Immediatament després, la noia entra a l'habitació de l'avi a despertar-lo (*Avi, que són les vuit!*) i el pla general que se'ns ofereix, amb la càmera als peus del llit, és tan bigarrat com sorprenent, humorístic i grotesc. Convertit per la seva família en un «precadàver», la paret del fons —la de darrere la capçalera— s'assembla, amb el seu grosser horror vacui de quadres i imatges religioses (la Mare de Déu, Santiago Matamoros, la Crucifixió), estampes i escapularis, un supersticiós altar peticionari, però no destinat a pregar per la vida de l'ancià, sinó més aviat per acabar de rematar-lo. De fet, el llit no ocupa el centre geomètric de l'enquadrament, perquè aquest ha d'acollir també l'ominós taüt recolzat verticalment en la paret, a l'esquerra, i els tres grans i amenaçadors canelobres disposats a començar el festeig fúnebre quan calgui, més aviat que tard.

Però llavors algú truca a la porta. Ell creu en principi que torna la seva neta Maria (i corre al llit, intentant dissimular les seves ganes d'aprendre i de viure), però resulta que és la Mort, encarnada —malgrat l'amenaçadora ombra de la dalla a la porta blanca de la cambra— per una amable velleta vestida de negre que li recomana que resi els cinc minuts que li queden (*Em sap greu, avi. Jo no puc fer-hi res, és el meu ofici*) i fa calça mentrestant, asseguda al costat de la taula braser. L'ancià implora, visiblement angoixat i de genolls sobre el llit, repetint una vegada i una altra una oració infantil dedicada a l'àngel de la guarda (...*dolça companyia, no em desemparis ni de nit ni de dia*) i la càmera s'aproxima al seu rostre fins a un primer pla, connotant no només la subjectivitat del personatge sinó també la voluntat divina (o més aviat enunciativa) de respondre a les seves pregàries. Finalment, l'àngel li concedeix poder anar al carrer durant un dia i l'ajuda a sortir sense que la Mort se n'adoni. La pel·lícula col·loca així, de sobte, el seu protagonista enmig de la realitat, davant el Madrid de 1959. Com que el temps concedit s'esgota a les vuit del vespre, l'ancià emprèn el camí de retorn.

Sanglotant, arriba a casa per morir. La Mort s'allunya cercant un altre client. Per fi, l'habitació de l'avi s'ha transformat, i el taüt i els canelobres ocupen l'espai del llit.

5. Postfranquisme i Transició democràtica

Encara que el «bon ancià» més popular del cinema d'aquest convuls període històric és la icònica figura de l'actor còmic Paco Martínez Soria —protagonista de pel·lícules ideològicament conservadores, encara que entroncades amb el més genuí humor clàssic espanyol i de gran èxit en taquilla (*Abuelo made in Spain* [1969], *Hay que educar a papá* [1971], *El abuelo tiene un plan* [1973], *Estoy hecho un chaval* [1975], *¡Vaya par de gemelos!* [1977]); «avi total» el sentit comú del qual, provinent en línia directa de la moral del patriarcat rural, es presenta com el millor remei contra els perills de la modernitat— són diversos els directors veterans que, un cop iniciades dècades enrere les seves filmografies, abordaran ara la representació de l'ancianitat coincidint amb la maduresa de les seves vides.

És el cas, per exemple, de Fernando Fernán-Gómez, que roda llavors diversos títols al voltant d'aquesta temàtica. El primer, *Mambrú se fue a la guerra* (1986), narra la història d'un d'aquests homes talp ocults durant la dictadura i que començaven llavors a sortir a la llum, oferint un punt de vista dur sobre el passat i el present, explícitament vinculat a l'ocultació de l'herència republicana i, per això, totalment rebutjat pels (suposats) interessos generals de la Transició democràtica, remarcant amb mirada iracunda i impertinent la permanència d'una Espanya tan cruel i deformada com la que va dibuixar vint anys enrere en *El extraño viaje* (1964), però amb la políticament incorrecta particularitat que, ara, és la podridura moral d'una família «d'esquerres» la que és esperpènticament posada en solfa. Com afirmava el director:

Jo crec que el que és veritablement dramàtic d'aquesta història és que les persones que resulten decebedores són les d'esquerres. En primer lloc, la pròpia família, que es presenta al principi de la pel·lícula cantant l'himne de Riego. No és la història d'un home d'esquerres que s'enfronta amb una societat de dretes, sinó que s'enfronta amb altres homes que en principi compartien la mateixa ideologia. Els ideals de la família d'Emiliano van ser derrotats pel sentiment pràctic, però ell manca de sentiment pràctic. (Castro de Paz, 2010, p. 311)

Solidari amb aquest ancià derrotat i sense cap sentiment pràctic que encarna —i que ha perdut la vida, en una mort anticipada—, Fernán-Gómez, sempre a la contra, cerca la més candent, desagradable i abrupta fusió entre peripècia humana i vessant polític, de manera que enfront de la seva sentida interpretació d'Emiliano, situa uns personatges —i especialment la parella formada per la seva filla Encarna (Emma Cohen) i el seu

gendre Hilario (Agustín González)— sobre els quals —en limitar simultàniament gairebé al màxim qualsevol altre tipus de ruptures o violències del relat a les quals ens tenia acostumats en períodes anteriors— farà descansar el to excessiu, crític i esperpèntic de la funció.

L'ancianitat està igualment en primer pla en les seves pel·lícules següents; totes són versions complementàries d'una melancòlica «vida per darrere».⁴ Així ocorre en una altra pel·lícula no menys rellevant, abrupta, amarga i descoratjadora que l'anterior, fins i tot d'una altra manera, *I, fet i fet*, *El viaje a ninguna parte* resumeix la seva obra i és compendi d'algunes de les vetes creatives més fèrtils del nostre cinema. La pel·lícula troba la seva importància no en la innovació sinó en l'entroncament amb les nostres tradicions i en el seu catàleg de fonts i procediments cars a la filmografia anterior de l'autor, com ara la cruesa de la realitat per a les classes populars, l'afany pels diners i l'èxit per deixar enrere la misèria, la fantasia com a via de fuga compensatòria, el recurs de la picardia per tirar endavant, el sexe com a gaudi irrenunciable sempre anhelat, juntament amb la discontinuïtat, la teatralitat sainetesca i el joc formal. En aquest darrer llargmetratge ens trobem davant el (fals) biopic d'un (fals) actor d'èxit que sembla que posa en escena els difícils començaments d'una estrella del cel·luloide narrats des de la vellesa. En realitat, i no obstant això, és un relat que —organitzat en salts enrere a partir dels records, més o menys deformats, que Carlos Galván (José Sacristán), el narrador, conta al seu psicòleg a l'asil on veu passar els seus darrers anys— fa un gir a aquesta estructura genèrica per, irònicament i tragicòmica, desconstruir aquest univers mític ordit per la mentidera memòria del protagonista, com molt significativament anticipen uns crèdits que, apuntant simbòlicament a les ferides que perforen la memòria de Carlos Galván, es componen de primers plans o plans detall aparentment inconnexos, ens mostren llibrets groguencs, maletes desgastades, carmanyoles rovellades, trossos de paper que han de servir com a decorats precaris o ombres reflectides en fragments solitaris de paisatge. Aquests salts enrere ens situen davant el periple quotidià d'una companyia de còmics ambulants en una Espanya desolada i patètica, tan inhabitable com els freds, enfangats i inhòspits camins de la planura castellana que han de recórrer.

Ja en la dècada dels noranta, Fernán-Gómez dirigirà *Fuera de juego* (1991) a partir d'un argument de José Truchado, amb el qual col·labora en l'escriptura del guió definitiu. Desganada, tova i malformada, el pes de la melancolia i el pas del temps cap a la mort encara es mantenen com a eixos centrals del discurs, la qual cosa es fa físicament visible en fer recaure tota la substància de la funció sobre un repartiment d'actors ja ancians (José Luis López Vázquez, Fernando Fernán-Gómez, Tomás Zori, Alfonso del Real, Manuel Alexandre, un Lluís Escobar que mor a la setmana i mitja de concloure el rodatge i a qui la pel·lí-

4. Si ens permeteu el joc de paraules amb dos dels títols més rellevants de la seva família passada: *La vida por delante* (1958) i *La vida alrededor* (1959).

cula està dedicada) que, encarnant solitaris residents d'un asil, cerquen identificar-se —si bé toscament i tòpica— amb els nens que juguen a futbol a l'orfenat contigu.

6. Segle XXI: noves mirades

Estudis molt recents sobre l'ancianitat al cinema assenyalen l'aparició d'un corpus filmic cada vegada més ampli de pel·lícules que s'allunyen d'aquesta visió negativa i simplista que retrata el fenomen com una disputa entre la decadència i l'envelliment reeixit, és a dir, una nova manera capaç de desafiar els discursos de decadència i acostar-se a imaginaris afirmatius, sense pretendre empoderar l'envelliment, sinó crear nous significats sobre el que és fer-se gran abraçant tota la seva diversitat (Zechi, Medina, Moreias-Memor, Rodríguez, 2021; Guarinos, 2021).

Alguns títols molt destacats del cinema gallec dels darrers anys han de servir-nos d'exemple d'aquest nou corrent. Un dens preàmbul el constitueix la tan interessant com desconeguda *O ouro do tempo* (Xabier Bermúdez, 2013). A partir d'una notícia de periòdic, el film ens mostra la història d'un home pròxim a la mort, el metge Arturo Méndez (un madur Ernesto Chao), aïllat i solitari, bojament enamorat de la seva dona, més enllà de la ja llunyana mort d'aquesta amb tot just vint-i-vuit anys, fins al punt de conservar secretament el seu cadàver congelat, obcecat en el somni impossible de fer-la revivre algun dia. De fet, el film —la diegesi del qual recull els dos o tres darrers anys de vida del protagonista (des de poc temps després que la jove Corona es converteixi en la seva cuidadora interna)— comença amb un breu salt enrere d'un record inesborrable, confusament oníric, en el qual veiem la seva bella esposa Amalia (Marta Larralde) en un pla mitjà d'esquena a la càmera, rossa, jove i feliç. El film s'emparenta d'alguna manera amb títols com *Vertigen* (*Vertigo*, Alfred Hitchcock, 1958), del qual bé podria partir l'oposició Amalia rossa / Corona bruna, però també amb l'extraordinària pel·lícula espanyola *Vida en sombras* (Llorenç Llobet-Gràcia, 1948), que narra el dolor inaudit de Carlos Durán (Fernando Fernán Gómez) després de perdre la seva dona en la Guerra Civil.

Durant l'hivern inicial, les relacions del vell metge amb la bella cuidadora, en principi tan cordials com distants i simplement professionals, comencen a transformar-se, gairebé imperceptiblement, per l'impacte que la reservada, elegant, resolutiva i independent vitalitat de la jove causa en el paralitzat i malparat circuit pulsional del vidu. La presència femenina, però sobretot l'adaptació natural a les circumstàncies i al seu despreocupat «viure al dia» (en l'oposat «morir al dia» de l'home) van calant en ell de manera tan subreptícia com profunda, i s'adona dels errors comesos. Però ja és massa tard, la vida continua el seu curs i la decrepitud de l'ancià anuncia l'inevitable final. Un dia, quan cau la nit —i la foscor, més discursiva que temporal, se'ns mostra bruscament i brillant en un únic pla buit, sobre el paisatge de fons—, sentim en off el tret mortal.

Per part seva, l'extraordinària *O que arde* (Oliver Laxe, 2019) ens ofereix, amb profund rigor antropològic, les agonitzants formes de vida i els costums de la ruralia gallega mitjançant una història que gravita entorn de la figura anciana de la mare del protagonista. Veiem Benedicta per primera vegada a l'hort collint hortalisses. En un pla mitjà, amb la seva melancòlica mirada i les espatlles caigudes, el seu fill Amador, que torna de la presó després de ser condemnat per haver provocat un incendi a les muntanyes de la zona, l'observa des del reixat de fusta abans de saludar-la (*Ola, mai*). Llavors, un inoblidable pla de l'anciana de composició idèntica a l'anterior⁵ —però ara des del punt de vista del seu fill, que continua parlant en off: *vou quedar unha temporada*—, resumeix l'efecte sobri i la forma, pràctica i materialista, de transmetre-ho. Ella el mira llargament en silenci abans de recollir les verdures i li respon, amb l'estoica naturalitat de qui el saluda cada dia i mentre s'aproxima pausadament cap a la cambra, amb aquest ja cèlebre *Tes fame?*, d'inoblidable impacte tant en la crítica⁶ com en l'espectador —perquè aquesta mare/àvia de la ruralia gallega, alhora fràgil i indestructible, és una figura arquetípica profundament arrelada en l'imaginari popular i amb la qual tots podem relacionar-nos o identificar-nos d'alguna manera—,⁷ alçant-se com un els instants més bells i commovedors del film. Alhora respectuosament distant i íntima, la càmera de Laxe aconsegueix transmetre la força i el valor de la dona i ens trasllada a un incondicional amor de mare, rural i silenciós, sense preguntes ni efusions físiques, allunyat de gests superflus i emocions inútils melodramàtiques. La vida continua el seu curs, sense escarafalls, retrets o celebracions,⁸ i a l'interior de la

5. El que reforça subreptíciament la inextricable i complexa relació entre la mirada del narrador i la del protagonista —perquè no pot afirmar-se amb seguretat que en la seva aparició anterior Amador ja estigués aquí situat, per la qual cosa la composició prèvia no pot llavors ser assignada al punt de vista del personatge—, és que sembla que s'aproximen per moments fins a (con)fondre's sense que això impedeixi el més subtil comentari formal per part de l'enunciació.

6. La seva mare Benedicta l'acull com esperava, el passat no existeix, el que és real és el present i el seu fill ha tornat a casa. En una sola frase, la mare expressa tota la mentalitat gallega («poble dur, com els seus escarpats vessants, i alhora tendre, com quan el fenc s'ha assecat i la pluja ha deixat de mullar les pedres») (declaracions d'Oliver Laxe a Loureda, 2019).

7. Inspirada en l'àvia i la mare del director, encarna aquesta ja esmentada «sobirana submissió» a la naturalesa i a les circumstàncies que li toquen viure, convertida pel director en referent de vida («els meus avis em van marcar. Em parlaven de petits infortunis, accidents, desgràcies, i ho feien amb molta acceptació i sense dramatisme [...]). Els va tocar néixer allí, el camí els va oferir unes certes coses i ells el van acceptar. Els continuo veient com a mestres, són gent lliure» (Declaracions d'Oliver Laxe a AFP, 2019).

8. Només una brevíssima conversa entre tots dos, en una seqüència posterior a la casa, farà referència a la seva situació penal. Ella li demana si hi haurà de tornar, i davant la resposta afirmativa d'ell, es limita a pronunciar un tan afectuós com assossegat *pois eu estou ben contenta que estás na casa*. Relació tan amorosa com callada, mare i fill a penes intercanvien de fet algunes frases al llarg del film, però cadascuna, com va escriure Manu Yáñez, funciona com un haiku carregat de revelacions profundes (Yáñez, 2019). I una de les més rellevants potser és la pronunciada per Benedicta com a tancament de l'única i no menys breu conversa sobre els eucaliptus, mentre descansen asseguts en el camp (pla de conjunt curt). Després de l'explicació d'Amador sobre la suposada maldat de l'espècie arbòria d'origen australià («...o eucalipto saen a tota vela buscando o ceo. E as suas raices podin ter quilòmetres de longo. Si escarabellas debaixo deles, teñen un tecido, dá raiz, igualito que un saco borrisol de patacas. E calquera árbore o planta que quera sair, afogana. Són una plaga. Mais malos co demo»). Benedicta reflexiona pausadament i pronuncia aquest «se fan sufrir é porque sofren».

modesta casa Amador s'escalfa devora la tradicional cuina de llenya de portes cegues, mentre la mare penja acuradament, per eixugar-los, en la barra metàl·lica els mitjons mullats del seu fill nouvingut.

Una altra mostra excel·lent del que s'ha dit són els passatges dedicats a les labors de Benedicta i Amador guiant les seves tres vaques a la pastura diària o munyint-les. En el primer d'aquests passatges, per exemple, l'endemà del retorn del fill, abrigada amb la roba vella que empra per fer feina durant l'hivern, la dona els ordena sortir de la quadra, amb un pal llarg a la mà dreta cridant-les pel seu nom (*Mira A Marró coneix-te, a condemnada Vaia, vaia...*, comenta a Amador). Els animals van sortint mentre ells els parlen en la forma i amb l'entonació tradicional en què «es parla a les vaques», utilitzant, a més, populars expressions gallegues perfectament recognoscibles i assumibles com a pròpies pel públic popular al qual el film també va dirigit (*A ver, me cago na cona hai cony carallo para elas*). La càmera de Laxe «comprèn, respira i observa l'espai i aquests personatges» (Llombard, 2019), i els segueix o acompanya lateralment («jo he intentat transcendir la idea de paisatge —havia declarat el director sobre *Mimosas*—, encara que crec que l'única manera de fer-ho és tirar la càmera per un barranc. Però bé, en el meu cas he intentat justificar la presència humana en el paisatge narrativament» [Donoso Calvo, 2018]).

Un altre pla de singular i inextricable fondària estètica i significant se'ns ofereix durant el bellíssim fragment de Benedicta en el bosc. La dona surt del seu terreny traspassant els dos somiers rovellats soldats que serveixen de tancament, amb una bossa de plàstic a la mà esquerra. En el pla general següent, l'agilitat i destresa dels seus moviments, malgrat l'edat, i els tons de la seva roba —que «s'ajusten» com un guant als ocres, marrons i verds de la naturalesa—, contribueixen a integrar-la en el conjunt, com una fada anciana que hi està plenament fosa. La càmera continua el seu moviment cap a la dreta amb naturalitat, mentre creua un rierol. Després del tall directe, sota la pluja, hi ha un pla pròxim de la part superior d'un gran arbre. La filmadora descendeix i, llavors, veiem Benedicta acollida en un ampli buit del tronc, tranquil·la, acomodada, absorbida pel seu entorn. Encara, un darrer pla llarg i picat (mai més ben dit) de conjunt.

Després que un nou incendi cremi milers d'hectàrees de la muntanya gallega i arrasi un hotel rural en construcció, el propietari d'aquest es llança sobre Amador, li colpeja la cara i el toma. El piròman no es defensa. Alguns dels seus veïns tracten de frenar l'agressor, però aquest només es deté quan apareix Benedicta, que, conformant una *Pietà* rural de bellesa ressonant, plàstica i significant, ajuda i protegeix el seu fill (*Estás ben?*, es limita a dir-li), que es neteja com pot la sang del nas i s'incorpora sense parlar.

Benedicta encarna així —com l'inoblidable avi de l'excel·lent i acabada d'estrenar *Alcarràs* (Carla Simón, 2022)— una nova tipologia de personatges en films que,

coincidint amb l'auge dels estudis d'edat en l'àmbit audiovisual, es mostren més respectuosos amb la representació de la tercera edat: «una qüestió de justícia social i sostenibilitat ètica, però també un espai de creativitat que ofereix interessants reptes per explorar» (Menéndez Menéndez, 177).

Referències bibliogràfiques

- Butler, R. N. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Castro de Paz, J. L. (2010). *Fernando Fernán-Gómez*. Cátedra.
- Castro de Paz, J. L. (2019). Formas e montaxes do desexo. As pulsións e os seus destinos no cinema galego actual. A Margarita Ledo (coord.), *Por unha historia do cinema en lingua galega. A foresta e as árbores*, 2, 139-176. Editorial Galaxia.
- Castro de Paz, J. L., i Suárez Mansilla, Pablo (2020). *Se fan sufrir é porque sofren*. Réquiem pola Galiza Rural (*O que arde*, Oliver Laxe, 2019). A Margarita Ledo (coord.), *Por unha historia do cinema en lingua galega. De illas e sereas*, 3, 141-181. Editorial Galaxia.
- Donoso, S. (2018). *Cine, paisaje, pintura. Una mirada al audiovisual gallego contemporáneo*. Universitat de Santiago de Compostel·la. Programa de doctorat en Història de l'Art. Tesi doctoral inèdita.
- Fernández, L. (28 de gener de 2020). O ferro da cociña que arde. *La Voz de Galicia*. https://www.lavozdegalicia.es/noticia/opinion/2020/01/28/ferro-da-cocina-arde/0003_202001G28P15992.html
- Genovard, C. i Casulleras D. (2005). La imagen de la vejez en el cine. Iconografía virtual e interpretación psicológica. *Boletín de Psicología*, 83, 7-20.
- Guarinos, V. (2021). *La isla etaria. Tercera edad y medios de comunicación*. Readuck.
- Menéndez, M. I. (2021). Más allá del edadismo en el Novo Cinema Galego. A V. Guarinos (coord.). *La isla etaria. Tercera edad y medios de comunicación*. 167-177. Readuck.
- Melero, A. i Gil Vázquez, A. (2021). De ancianos a viejos: edad y cuerpos que envejecen en el cine de Berlanga. A J. L. Castro de Paz i S. Zunzunegui (dirs.). *Furia española. Vida, obra, opiniones y milagros de Luis García Berlanga (1921-2021), cineasta. Vol. I. El hombre y su obra* (319-327). Generalitat Valenciana, Instituto de la Cinematografía y de las Artes Audiovisuales (Filmoteca Española).
- Mitry, J. (1999). *Estética y psicología del cine 1. Las estructuras*. Siglo Veintiuno de España Editores.

Sánchez, A. (1997). *La aldea maldita*. A J. Pérez Perucha (ed.). *Antología crítica del cine español*. 83-85. Cátedra/Filmoteca Española.

Yáñez, M. (2019). *Cannes 2019*. Crítica de '*O que arde*'. <https://www.fotogramas.es/noticias-cine/a27564987/critica-o-que-arde-cannes-2019/>

Zechi, B., Medina, R., Moreiras-Menor, C., i Rodríguez, M. P. (2021). *Envejecimientos y cines ibéricos*. Tirant Humanidades.

Autors

JOSÉ LUIS CASTRO DE PAZ

La Corunya, Espanya (1964). Llicenciat en Història de l'Art, doctor en Història del Cinema i catedràtic de Comunicació Audiovisual de la Universitat de Santiago de Compostel·la. Director del Centre d'Estudis Fílmics de la USC (CEFILMUS). President de la Fundació Wenceslao Fernández Flórez. Ha participat en destacades obres col·lectives (*Diccionario del cine español*; *Antología crítica del cine español* [1906-1995]; *Diccionario del cine iberoamericano*) i ha coordinat volums sobre diversos aspectes i figures de la història del cinema espanyol, entre ells, amb Julio Pérez Perucha i Santos Zunzunegui, *La nueva memoria. Historia(s) del cine español* (1939-2000) (Via Láctea, 2005). Autor d'una cinquantena d'articles en revistes especialitzades, i entre els seus nombrosos llibres destaquen títols com *El surgimiento del telefilme* (Paidós, 1999), *Un cine herido. Los turbios años cuarenta en el cine español* (1939-1950) (Paidós, 2002), *Fernando Fernán-Gómez* (Càtedra, 2010), *Del sainete al esperpento. Relecturas del cine español de los años 50* (amb Jostexo Cerdán, Càtedra, 2011), *Sombras desoladas* (Shangrila, 2012) o *Cine y exilio. Forma(s) de la ausencia* (Shangrila, 2017). El 2021 va dirigir, amb Santos Zunzunegui, el volum *Furia española. Vida, obra, opiniones y milagros de Luis García Berlanga, cineasta* (1921) (Ministeri de Cultura i Generalitat Valenciana). Ha comissariat cicles i exposicions per al Centro Galego de Artes da Imaxe, la Filmoteca Espanyola, la Generalitat Valenciana o el Museu Nacional Centre d'Art Reina Sofia.

HÉCTOR PAZ OTERO

Las Palmas (1976). És doctor en Comunicació per la Universitat de Vigo amb una tesi sobre les adaptacions cinematogràfiques de Wenceslao Fernández Flórez. Ha col·laborat en diversos estudis sobre l'obra d'aquest escriptor —*Tragedias de la vida vulgar: adaptaciones e irradiaciones de Wenceslao Fernández Flórez* (2014), *El malvado Carabel: literatura y cine popular antes y después de la Guerra Civil* (2014). És autor del llibre *Poética de la derrota: la literatura de Wenceslao Fernández Flórez en el cine*, i ha publicat diversos articles i capítols de llibres sobre la figura de l'escriptor gallec i sobre el cinema espanyol de la postguerra. Va formar part de diversos projectes de recerca de la Universitat de Santiago: *Galicia en No-Do: comunicación, cultura y sociedad*, les conclusions del qual van ser publicades en un llibre en col·laboració; *i Hacia una reconsideración de la cultura posbélica: análisis de los modos de representación en el cine español (1939-1962), a partir de la imprenta de Wenceslao Fernández Flórez*, com també va formar part de l'equip de recerca del projecte «Cartografías del cine de movilidad en el Atlántico Hispánico» de la Universitat Carles III.

NUTRICIÓ
ADEQUADA A LA GENT GRAN

Nutrició adequada a la gent gran

Cristina Bouzas Velasco

Josep A. Tur Marí

Resum

Una de les influències ambientals que condicionen l'envelliment saludable és la nutrició que s'ha seguit durant tota la vida, la qual pot garantir una qualitat de vida i longevitat saludables o, per contra, pot generar problemes que comporten la reducció de l'esperança de vida i que aquesta sigui de més mala qualitat. En aquest capítol, es mostren les necessitats d'energia, de nutrients i hídrics de les persones d'edat avançada. Es recomanen pautes d'alimentació per prevenir o millorar patologies tan importants a la tercera edat com són les malalties cardiovasculars, la hipertensió arterial, la diabetis, l'osteoporosi, el càncer o la malnutrició. L'alimentació de la població institucionalitzada o de gent gran dependent també és una prestació crucial en la seva atenció, no només per l'impacte que té en la salut i qualitat de vida, sinó també per la importància en la seva socialització. Fem, per tant, unes recomanacions per millorar l'alimentació d'aquest col·lectiu.

Resumen

Una de las influencias ambientales que condicionan el envejecimiento saludable es la nutrición que se ha seguido durante toda la vida, que puede garantizar una calidad de vida y longevidad saludables o, por el contrario, puede generar problemas que conllevan la reducción de la esperanza de vida y que ésta sea de peor calidad. En este capítulo se muestran las necesidades de energía, nutrientes e hídricas de las personas de edad avanzada. Se recomiendan pautas de alimentación para prevenir o mejorar patologías tan importantes en la tercera edad como son las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, la diabetes, la osteoporosis, el cáncer o la malnutrición. La alimentación de la población institucionalizada o de personas mayores dependientes también es una prestación crucial en su atención, no sólo por su impacto en la salud y calidad de vida, sino también por la importancia en su socialización. En consecuencia, se realizan unas recomendaciones para mejorar esta alimentación.

1. Introducció

L'envelliment és un procés normal que comença amb la concepció i acaba amb la mort. La millora de les condicions socioeconòmiques a la majoria dels països europeus ha contribuït a millorar la qualitat de vida i, en conseqüència, que la seva població tingui una esperança de vida més llarga. A Espanya, l'esperança de vida dels homes i dones és una de les més prolongades del món i, de fet, el nombre de persones de més de 65 anys ja representa el 20 per cent de la població espanyola.

El col·lectiu de gent gran és molt heterogeni. Inclou persones de més de 65 anys autònomes, molt actives, amb una vida social intensa i multitud d'ocupacions; persones grans que s'estimen més tenir una vida assossegada a ca seva, i ancians amb minusvalideses importants que depenen de l'ajuda externa. A més, els darrers anys s'ha detectat un augment de l'edat mitjana dels ancians institucionalitzats.

Les malalties de més incidència letal en les persones d'edat mitjana i avançada són les cardiovasculars, el càncer, les de l'aparell respiratori, els accidents i els suïcidis. Aquests dos darrers, a més, moltes vegades són secundaris a altres processos com l'osteoporosi o la depressió. Hi ha altres processos, com l'artritis o la malaltia d'Alzheimer, que, si bé no constitueixen una causa freqüent de defunció, sí que repercuteixen de manera notable en la qualitat de vida i són motiu d'incapacitat rellevant per als qui en pateixen.

Amb els processos d'envelliment, es produeixen modificacions rellevants en la composició corporal, el funcionament de l'aparell digestiu, l'activitat metabòlica i en altres aspectes fisiològics. Aquests canvis influeixen d'una manera notable en les necessitats nutricionals i cal adaptar les aportacions alimentàries per facilitar-ne l'assimilació. Les persones grans sovint pateixen malalties que poden incidir de diverses maneres sobre l'estat nutricional. D'una banda, poden modificar les necessitats nutricionals, o bé poden induir un deteriorament o alteració de la capacitat per digerir, absorbir i metabolitzar els nutrients. Moltes vegades, el tractament d'aquests processos patològics requereix prendre regularment alguns fàrmacs, els quals, al seu torn, poden alterar l'aprofitament dels nutrients.

També és freqüent el deteriorament de la cavitat bucal per la pèrdua de peces dentals o per l'ús de pròtesis mal ajustades que dificulten el procés de masticació. Altres problemes que sovint afecten la gent gran són la dificultat per deglutir o el deteriorament motor i/o sensorial, que limita l'autonomia per consumir aliments i begudes.

Avui encara es discuteix si els canvis anatòmics i funcionals lligats a l'envelliment són una conseqüència inevitable de fenòmens programats genèticament o d'influències ambientals prolongades.

Si bé alguns dels canvis fisiològics descrits són inevitables, les persones disposam d'una arma molt valuosa per alentir-los o, fins i tot, minimitzar-los. Ens referim a l'estil de vida. Però, què és l'estil de vida? Es considera estil de vida el conjunt de pautes i hàbits quotidians d'una persona. El Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat espanyol inclou sis àrees en l'estil de vida saludable (figura 1). Hi ha altres fonts que també consideren que el pes corporal, la qualitat del son, el temps d'exposició a pantalles, fer migdiades curtes, el temps dedicat a treballar, el temps que es passa amb amics, la quantitat de revisions mèdiques o la cura de les dents són factors implicats o rellevants en els estils de vida saludables. Els estils de vida saludables facilitaran un envelliment saludable.



Figura 1. Àrees a l'estil de vida saludable. Ministeri de Sanitat Espanyol, 2020

Una de les influències ambientals és la nutrició que s'ha seguit durant tota la vida, la qual pot garantir una qualitat de vida i longevitat saludables o, per contra, pot generar problemes que comporten una reducció de l'esperança de vida i que aquesta sigui de més mala qualitat. Una dieta adequada és un dels pilars bàsics per arribar a una longevitat saludable, que donarà anys a la vida, però que sobretot donarà vida als anys (Salvador-Carulla et al., 2004).

Des del naixement i, fins i tot, durant la vida embrionària, l'organisme està sotmès a una sèrie d'influències i agressions que en determinaran el procés d'envelliment, durant el qual es manifestaran en una gran heterogeneïtat en funció de l'estat nutricional. Quines són les necessitats nutricionals de les persones d'edat avançada?

2. Ingesta d'energia

En la persona gran, disminueix la demanda energètica entre 300 i 600 kcal/dia, ja que en aquesta etapa es redueixen tots els components que incideixen en la **despesa energètica total**, com són el metabolisme basal i el consum energètic per activitat.

El **metabolisme basal** disminueix aproximadament un 20 per cent respecte de la vida adulta, la qual cosa es deu bàsicament a canvis en la composició corporal, perquè

augmenta la proporció de greix (poc activa metabòlicament) i disminueix la proporció de massa muscular (molt activa metabòlicament).

El descens de la **despesa energètica per activitat** és degut a una vida més reposada, a una ocupació més sedentària o a una immobilització de més o menys grau (Arbonés et al., 2003).

Com es calculen les necessitats energètiques? Hi ha fórmules diverses per calcular la despesa energètica en les persones grans:

Despesa energètica en repòs (FAO/OMS, 1985):

Home de més de 60 anys: $13.5 * \text{pes (kg)} + 487$

Dona de més de 60 anys: $10.5 * \text{pes (kg)} + 596$

Despesa energètica total (FAO/OMS/UNU, 1985):

Home de més de 60 anys: $8.8 * \text{pes (kg)} + 1.128 * \text{alçada (m)} - 1.071$

Dona de més de 60 anys: $9.2 * \text{pes (kg)} + 637 * \text{alçada (m)} - 302$

Despesa energètica basal (Harris-Benedict):

Home: $66.47 + [13.5 * \text{pes (kg)}] + [5 * \text{alçada (cm)}] - 6.76 * \text{edat (anys)}$

Dona: $655.1 + [9.5 * \text{pes (kg)}] + [1.85 * \text{alçada (cm)}] - 4.68 * \text{edat (anys)}$

Despesa energètica global:

Despesa energètica global =

Despesa energètica basal * factor d'activitat * factor febril * factor d'agressió, on el factor d'activitat pot ser:

- Repòs al llit: 1.0
- Moviment al llit: 1.2
- Moviment fora del llit: 1.3

El factor febril es calcula multiplicant la despesa energètica basal per 1.33 per cada grau de temperatura corporal que excedeixi de 37.0 °C.

El factor d'agressió fa referència al procés o processos patològics presents en el moment del càlcul, que poden ser:

- Sense complicacions: 1.0

- Cirurgia menor: 1.1
- Cirurgia major: 1.2
- Infecció lleu: 1 - 1.2
- Infecció moderada: 1.2 - 1.4
- Peritonitis: 1.4
- Sèpsia. Pancreatitis aguda greu: 1.4 - 1.8
- Cremades < 20%: 1.0 - 1.5
- Cremades 20 - 40%: 1.5 - 1.8
- Cremades > 40%: 1.8 - 2.0
- Càncer: 2.0

3. La ingesta d'energia i nutrients

Si disminueix la ingesta energètica, també serà més baixa la de vitamines i minerals. Per això, s'han de reduir els aliments que aportin calories buides (sucre, greixos, farines d'elevat grau de refinament, alcohol) i s'han de seleccionar els aliments que, a més d'energia, proporcionin les vitamines i els minerals necessaris.

La ingesta de nutrients es presenta a la taula 1. Els carbohidrats han de representar el grup majoritari des del punt de vista energètic i estar constituïts majoritàriament per carbohidrats complexos. El sucre (la sacarosa) només proporciona calories, per tant, és convenient limitar-ne el consum al mínim imprescindible. La fibra és imprescindible per tenir un bon trànsit intestinal i evitar l'estrenyiment i patologies associades. La ingesta proteica s'ha de limitar a la indicada a la taula, però és necessària.

Taula 1 | *Ingestes recomanades d'energia i de nutrients per a la gent gran*

	Ingesta diària recomanada	Observacions
Energia	2.100 kcal/dia	
Macronutrients		
- Carbohidrats	50% de l'energia (150 g/1.000 kcal)	Preferentment, complexos (p. ex.: midons i fècules)
- Carbohidrats simples	Menys del 10% de l'energia	Són el sucre, com el que posam al cafè, o el dolç
- Fibra	25-35 g/dia	De fruita, verdura, llegum, fruita seca
- Proteïna	0.8 - 1.2 g/kg de pes corporal/dia	Meitat d'origen animal (carn, peix, ou, làctics) i meitat d'origen vegetal
- Greixos	30-35% de l'energia	
- Àcids grassos saturats	Menys del 7% de l'energia	Com els que conté la carn, l'embotit, l'ou i els làctics

continua

	Ingesta diària recomanada	Observacions
Energia	2.100 kcal/dia	
Macronutrients		
- Àcids grassos monoinsaturats	Menys del 10% de l'energia	Com el que es troba a l'oli d'oliva
- Àcids grassos poliinsaturats	13-16% de l'energia	Com els que es troben al peix, llegum o fruita seca
- Colesterol	Menys de 300 mg/dia	Es troba en tots els aliments d'origen animal
Micronutrients		
Minerals		
- Ferro	10 mg/dia	
- Calci	1200 mg/dia	
- Zinc	12-15 mg/dia	
- Magnesi	350-420 mg/dia	
- Iode	150 mg/dia	
- Seleni	55-70 mg/dia	
Vitamines		
- Vitamina A	800-1.000 mg/dia	
- Vitamina D	15 mg/dia	
- Vitamina E	10 mg/dia	
- Vitamina K	65-80 mg/dia	
- Tiamina (B1)	1.1-1.2 mg/dia	
- Riboflavina (B2)	1.2-1.5 mg/dia	
- Niacina (B3)	15 mg/dia	
- Àcid pantotènic (B5)	5 mg/dia	
- Piridoxina (B6)	1.7-1.9 mg/dia	
- Biotina (B8)	30 mg/dia	
- Àcid fòlic (B9)	400 mg/dia	
- Cianocobalamina (B12)	2.4 mg/dia	
- Vitamina C	70-80 mg/dia	

La ingesta de greixos ha d'estar formada principalment per àcids grassos monoinsaturats, com els que proporciona l'oli d'oliva. La ingesta de colesterol s'ha de limitar, especialment en aquesta població de risc cardiovascular.

La ingesta de micronutrients, com són les vitamines i els minerals, s'ha d'ajustar a les quantitats diàries que s'indiquen a la taula per evitar malalties lligades a la seva deficiència (Arbonés et al., 2003; Gil, 2010).

Ara bé, la ingesta de nutrients i energia s'ha de traduir en aliments. Per això, s'han elaborat unes guies sobre l'alimentació de la gent gran (figura 2). Hi destaca una diferència principal respecte de la piràmide per a adults més joves, ja que es recomana

a la gent gran que ingereixi tres racions de verdura i dues de fruita al dia per arribar a les cinc diàries. Per als adults més joves, les cinc racions al dia serien dues de verdura i tres de fruita.

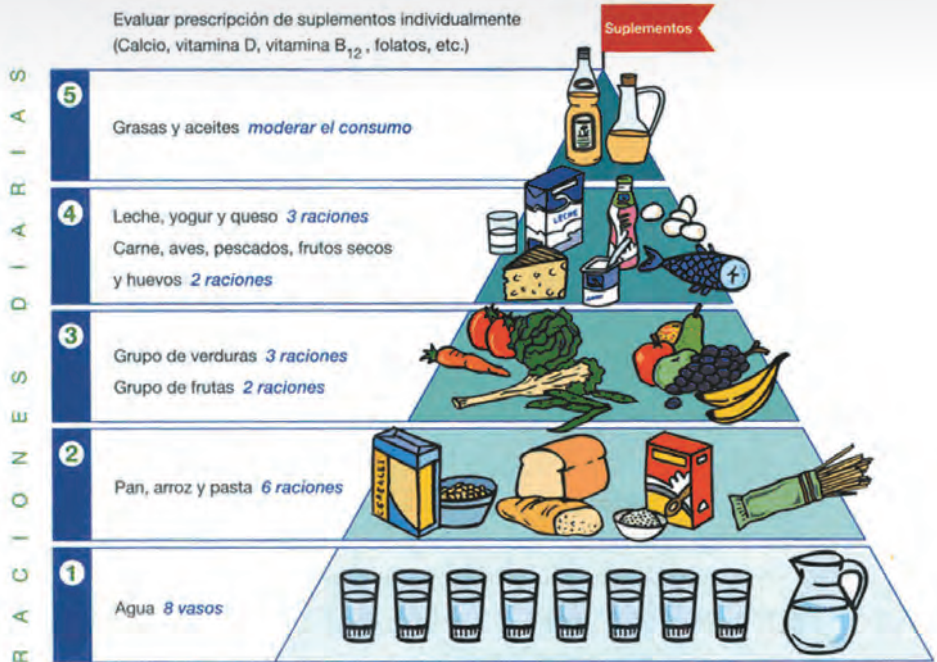


Figura 2. Piràmide de l'alimentació d'una persona gran.

Font: <<https://sadasishogar.com/nutricion-e-hidratacion-para-el-adulto-mayor/>>

4. La ingesta d'aigua

La ingesta hídrica és tan important o més que la d'energia i de nutrients. Les persones grans han de tenir esment especialment de la hidratació, que ha de ser de 2.500-3.000 ml/dia, és a dir, uns 30 ml/kg pes corporal/dia o vuit tassons diaris.

La gent gran és més sensible a la deshidratació que altres col·lectius humans, ja que perd la sensació de set, disminueix la capacitat de concentrar l'orina al ronyó i beu molt menys per por de la incontinència. La ingesta hídrica ha de ser principalment d'aigua, però també pot ser d'aliments que en continguin molta: brou, infusions i sucres naturals (Arbonés et al., 2003).

5. Alimentació per prevenir problemes freqüents de salut entre la gent gran

L'alimentació de la gent gran és més que la simple ingesta d'aliments. És un vehicle per nodrir-la i mantenir-la bé tant físicament com psicològicament, a més de proporcionar-li plaer i distracció. Per això, s'han de valorar una sèrie de factors tan importants com l'alimentació o més, que són:

- Els hàbits alimentaris adquirits al llarg de la vida s'han de mantenir i no canviar, tret que hi hagi una patologia que ho justifiqui.
- L'estat emocional i la salut mental són elements determinants en aquesta etapa.
- És molt important tenir vida social, per la qual cosa és molt recomanable cercar companyia per menjar. Menjar tot sol conduirà a menjar malament o a fer uns menús desequilibrats.
- Fer activitat física i mantenir-la significa lluitar contra el sedentarisme, cosa que millorarà l'estrenyiment, els nivells proteics i de calci, i ajudarà a tenir gana.
- Cal vigilar l'excés de pes.
- Cal consumir aliments bons de digerir per millorar la capacitat d'absorció dels nutrients.
- S'ha de mantenir la gana per fer sempre una ingesta adequada. S'han de cercar al·licients per estimular-la, com, per exemple, variar els menús, presentar els plats d'una manera atractiva, fer menjades no gaire abundants però ben repartides, etc.
- Si la sensació de gana és exagerada, de vegades a causa de l'avorriment, les distraccions també poden contribuir a pal·liar-la.
- S'ha de mantenir la dentadura en bones condicions higièniques i mecàniques. Quan hi hagi problemes dentals i de deglució, es pot canviar la consistència de l'alimentació i fer-la més suau o triturar-la, segons el que convingui.
- L'insomni es pot combatre mitjançant l'activitat física i la teràpia ocupacional. De vegades, una infusió o una beguda calenta abans d'anar al llit ajuden a agafar el son. Cal evitar els fàrmacs, si no són necessaris, i les begudes estimulants a l'hora d'anar a dormir.
- Cal valorar les possibilitats que hi hagi malalties reals o potencials, així com l'estat de salut en general quan es fan recomanacions alimentàries.

Quan hi hagi patologies que requereixin algun tractament dietètic, caldrà seguir les pautes establertes pels professionals sanitaris i prestar una atenció especial als punts següents:

- No són convenients pautes alimentàries hiposòdiques estrictes, ja que poden produir deshidratació.
- Les dietes hiperproteiques s'han de vigilar, perquè poden produir una sobrecàrrega de treball a un ronyó envellit.
- En cas de dietes modificades en textura, convé que incloguin una bona varietat, vetllar per la presentació i evitar la monotonia en els aliments i en els tipus de cocció.

Es poden aconsellar algunes mesures preventives que permeten reduir la morbiditat derivada de les malalties cròniques més habituals en les societats desenvolupades (Shils et al., 2002; Muñoz et al., 2005).

5.1. Pautes d'alimentació per prevenir malalties cardiovasculars

Per evitar o almenys reduir els problemes cardiovasculars, caldrà tenir en compte les mesures preventives següents:

- Reduir els nivells de colesterol de la dieta i consumir menys de 300 mg de colesterol al dia.
- Potenciar el consum de carbohidrats complexos i aliments rics en fibra, com ara cereals, fruita, verdura i llegum.
- S'acceptarà el consum d'alcohol que no superi els 30 g/dia. Queda prohibit o desaconsellat en situacions d'hipertrigliceridèmia.
- En persones que pateixin hiperlipidèmia, es recomanarà una ingesta de greixos saturats que no arribi al 7% de la ingesta calòrica total diària, juntament amb una ingesta de colesterol inferior a 200 mg/dia.

5.2. Pautes d'alimentació per prevenir la hipertensió arterial

Aquesta patologia crònica és molt freqüent entre la gent gran; de fet, afecta aproximadament el 50 per cent de la població que té entre 65 i 74 anys.

Per evitar o reduir la probabilitat d'aparició d'aquesta malaltia cal recomanar les pautes següents en l'edat adulta:

- Mantenir un pes adequat
- Fer exercici físic moderat de manera regular
- Restringir la ingesta de sal
- Recomana una ingesta adequada de calci: entre 1-1.5 g/dia.

5.3. Pautes d'alimentació per prevenir o millorar la diabetis

Tant si es tracta de la diabetis de tipus I com la de tipus II, s'aconsellen tota una sèrie de mesures preventives per evitar la progressió o l'aparició de la patologia, segons el tipus de què es tracti. En ambdós casos caldrà tenir en compte les pautes següents:

- Establir una aportació calòrica adequada a l'edat de la persona, al sexe, talla i pes, així com a l'activitat física.
- Aconsellar una aportació adequada de carbohidrats d'absorció lenta (al voltant del 50 per cent de l'aportació calòrica total), juntament amb la recomanació d'abstenció del consum sistemàtic de sucres simples.
- Reduir el consum de greixos i augmentar el consum de productes rics en fibra vegetal.
- Moderar la ingesta d'alcohol, sobretot les begudes alcohòliques que siguin riques en sucres.
- Fer una distribució correcta de les menjades.

A més, darrerament s'ha demostrat que hi ha una relació directa entre una baixa ingesta de micronutrients i la presència de diabetis. Concretament, uns nivells baixos d'ingesta d'àcid fòlic (o vitamina B9), perquè es consumeix poca fruita i verdura, i una baixa ingesta de les vitamines B2 i B6 i dels minerals calci, zinc i iode, a causa d'un consum excessiu de carn (Bibiloni et al., 2020).

5.4. Pautes d'alimentació per prevenir o millorar l'osteoporosi

Per evitar l'aparició de l'osteoporosi, dèficit ossi i fragilitat és primordial establir pautes preventives al llarg de tota la vida. Cal mantenir una ingesta adequada i suficient de calci, ajustada a l'edat i al sexe, juntament amb la realització d'exercici físic de manera regular i sostinguda (Gil, 2010).

5.5. Pautes d'alimentació per prevenir o millorar el càncer

Als països més desenvolupats, la meitat dels nous càncers que es diagnostiquen cada any apareixen en la població que té més de 65 anys. La incidència augmenta amb l'edat i després comença a decreixer en les persones més grans de 85-90 anys. Com a mesura preventiva per evitar l'aparició de càncer, són vàlides les consideracions següents:

- No fumar.

- Evitar l'obesitat.
- Fer exercici físic de manera regular.
- Incrementar la ingesta diària de tota casta de fruita i verdura, i arribar almenys a cinc porcions.
- Limitar el consum de productes rics en greixos animals.
- Si es beu alcohol (cervesa, vi o licor), cal que sigui en quantitats moderades. No s'han d'ingerir més de dues begudes alcohòliques per dia, si s'és home, o una beguda per dia, si s'és dona.
- Evitar l'exposició excessiva al sol, especialment els infants i adolescents.

Hi ha, a més, tota una sèrie de programes específics de salut pública que poden prevenir el càncer o augmentar la probabilitat que un càncer es pugui curar:

- Les dones a partir dels 25 anys han de participar en el cribratge del càncer de coll d'úter.
- A partir dels 50 anys, les dones han de participar en el cribratge del càncer de mama mitjançant mamografia.
- A partir dels 50 anys, els homes i dones hauran de participar en programes de cribratge de càncer colorectal.
- Participar en programes de vacunació per evitar la infecció per virus de l'hepatitis B.

5.6. Pautes d'alimentació per prevenir o millorar la malnutrició

En la prevenció i tractament de la malnutrició s'han de tenir en compte les pautes següents (Riobó et al., 2013):

- S'han de restringir els aliments que provoquin gasos o que tinguin un elevat contingut de greix.
- Cal oferir aliments amb una densitat nutricional elevada i intentar augmentar la ingesta calòrica i nutricional.
- La ingesta de begudes alcohòliques està desaconsellada.
- Els plats s'han de presentar calents, la qual cosa permetrà augmentar-ne la percepció organolèptica.

- Es recomanen menjars poc abundants, però freqüents. És molt aconsellable liberalitzar la dieta i que el pacient mengi quan li vingui de gust.
- És recomanable separar les ingestes de líquid de les menjades.
- Les presentacions dels aliments són importants i s'han de cuidar.
- S'han d'evitar les distraccions a l'hora de menjar i es recomana que aquests pacients mengin acompanyats.
- És rellevant mantenir una bona higiene bucodental, encara que manquin peces dentals o no se'n tinguin.
- Si és necessari, es pot recórrer a l'ús de complements alimentaris per assolir els requisits nutricionals.

6. L'alimentació en la població institucionalitzada

Avui en dia, un 3 per cent de les persones que tenen 65 anys o més estan institucionalitzades en establiments públics i privats. Per adequar les aportacions nutricionals i planificar estratègies alimentàries adreçades a la gent gran s'han de conèixer i valorar els canvis fisiològics i alteracions patològiques més rellevants que s'esdevenen en aquest col·lectiu, els quals incideixen en la interrelació aliments-nutrients-ancià. Des del punt de vista dels plantejaments dietètics, cal considerar l'oportunitat o la conveniència de l'alimentació bàsica adaptada, els suplementos nutricionals, els complements vitamínics o minerals o altres suports alimentaris, ja siguin en l'entorn institucional o en l'assistència domiciliària.

Per això, el servei d'alimentació en les institucions que acullen persones grans dependents és importantíssim en el marc de la seva atenció. I ho és per l'impacte que té en la salut i qualitat de vida, però també en la socialització dels ancians i la relació directa que hi ha entre les aportacions gastronòmiques subministrades i la percepció de la qualitat del servei (Muñoz et al., 2005; Riobó et al., 2013).

Al servei de restauració de les residències geriàtriques, el concepte de gestió de la qualitat té una rellevància especial, ja que l'atenció a la cura en aquest servei és fonamental. En aquest sentit, avui s'admet que hi ha tres nivells de qualitat:

- El primer, de caràcter obligatori, fa referència a inspeccionar i controlar la qualitat.
- El segon nivell està dedicat a assegurar o gestionar la qualitat.
- El tercer es refereix a la qualitat total.

Per complir aquests nivells de qualitat, es fan aquestes recomanacions:

- Seria desitjable que totes les institucions sanitàries disposassin de protocols sanitaris per monitorar l'estat nutricional i detectar precoçment les alteracions.
- Per assegurar una oferta alimentària adequada, és imprescindible que un professional sanitari ben format en nutrició i dietètica desenvolupi les seves funcions en col·laboració amb l'equip socio sanitari i el personal de cuina i menjador.
- Seria aconsellable prestar molta atenció a la textura, temperatura i presentació dels plats. És útil passar un qüestionari estandarditzat per fer l'avaluació global de la qualitat del servei.
- És desitjable alternar sovint el consum de carn magra, peix sense espines i ous amb poc greix afegit.
- Són necessàries tres racions de làctics al dia, preferiblement en forma de iogurt, llet acidificada o llet descremada enriquida amb vitamines A i D.
- És imprescindible incloure en la dieta almenys tres racions de verdura i dues de fruita —alguna de les quals en cru—, ja sigui de manera tradicional, en forma de suc, farinetes o ratlladures.
- És molt important controlar el balanç hídric d'una manera individualitzada. Cal afavorir el consum d'aigua, suc o vi per assegurar un bon estat d'hidratació.
- Seria desitjable augmentar el consum de carbohidrats complexos amb uns nivells de fibra i textura adequats. Haurien de provenir de la ingesta de patata amb verdura, cereals, cereals integrals i llegums tamisats.
- És molt important disposar de racions de textura modificada que tinguin una densitat de nutrients elevada (si és possible, basades en aliments tradicionals). Així, s'assegura la cobertura de la ingesta diària recomanada d'energia i de nutrients als ancians amb problemes d'anorèxia, trastorns de masticació o deglució i d'altres que limitin l'alimentació normal.
- Cal controlar la ingesta d'alguns nutrients que podrien ser deficitaris, com ara el magnesi, ferro, zinc, folats i vitamines A, D, E i B6.
- Les preparacions recomanades són les que es facin amb poc greix (al vapor, bullit, rostit o cuit al forn i torrat) i s'evitarà fregir i l'abundància de salses. És preferible fer

servir oli d'oliva verge, savoritzants derivats de plantes aromàtiques i limitar l'ús de sal afegida.

- Com a complement d'una dieta adequada, s'ha de plantejar l'organització diària d'activitats que fomentin la pràctica d'exercici físic, fins i tot en les persones grans que han de romandre al llit.

Referències bibliogràfiques

Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González-Gross, M., Joyanes, M. i Marques-Lopes, I. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de Trabajo de Salud Pública de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutrición Hospitalaria*, 18(3), 109-137.

Bibiloni, M., Bouzas, C., Abbate, M., Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J. i Tur, J. A. (2020). Nutrient adequacy and diet quality in a Mediterranean population with metabolic syndrome: A cross-sectional study. *Clinical Nutrition*, 39(3), 853-861. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.03.018>

Gil, A. (ed.) (2010). *Tratado de Nutrición. Tomo III: Nutrición humana en el estado de salud*. Ed. Médica Panamericana.

Muñoz, M., Aranceta, J. i Guijarro, J. L. (2005). *Libro blanco de la alimentación de los mayores*. Ed. Médica Panamericana.

Riobó, P. i Serra, J. A. (2013). *Guía para la alimentación y nutrición de las personas mayores*. Fundación Edad & Vida.

Salvador-Carulla, L., Cano-Sánchez, A., Cabo-Soler, J. R. (2004). *Longevidad, tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Ed. Médica Panamericana.

Shils, M. E., Olson, J. A., Shike, M. i Ross, A. C. (2002). *Nutrición en Salud y Enfermedad. Volumen I y II*. Ed. McGraw-Hill Interamericana.

Autors

CRISTINA BOUZAS VELASCO

Valladolid. Graduada en Nutrició Humana i Dietètica per la Universitat de Valladolid, màster en Nutrigenòmica i Nutrició Personalitzada, i doctora en Nutrició i Ciències dels Aliments per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Actualment, és investigadora post-doctoral del grup de recerca NUCOX (Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu) de la UIB, mitjançant una beca Juan de la Cierva de l'Agència Espanyola de Recerca (Ministeri de Ciència i Innovació). Participa com a investigadora en diversos projectes de recerca en epidemiologia nutricional, subvencionats en convocatòries públiques nacionals i internacionals. La seva recerca s'ha centrat en els efectes sobre la salut i l'evolució de l'estil de vida mediterrani en adults grans amb excés de pes. Recentment, s'ha iniciat en una altra línia d'investigació relacionada amb l'obesitat infantil.

JOSEP A. TUR MARÍ

Palma. Llicenciat i doctor en Farmàcia per la Universitat de Barcelona. Catedràtic de Fisiologia i director del Grup de Recerca en Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu de la Universitat de les Illes Balears, del CIBEROBN (Fisiopatologia de l'Obesitat i la Nutrició) de l'Institut de Salut Carlos III i de l'Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IDISBA). Acadèmic fundador de l'Acadèmia Espanyola de Nutrició i Ciències dels Aliments i acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya. Membre (2014-2018) del Comitè Científic de l'Agència Espanyola de Seguretat Alimentària i Nutrició (AESAN), del Consell Autònom de Seguretat Alimentària de les Illes Balears i del Comitè Permanent de la Nutrició de l'Organització de Nacions Unides (UN-SCN). Vocal d'alimentació del Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears. Membre del Comitè Científic i de la Junta de Govern de la Vocalia Nacional d'Alimentació del Consell General de Col·legis Oficials de Farmacèutics. Redactor de la Declaració de la dieta mediterrània com a patrimoni immaterial de la humanitat (UNESCO, 2010). Director del Màster Universitari en Nutrició i Alimentació Humana i del programa de Doctorat en Nutrició i Ciències dels Aliments de la Universitat de les Illes Balears.

**PERSONES GRANS EN TRACTAMENT
PER CONSUM DE DROGA I ADDICCIONS
COMPORTAMENTALS A LES ILLES BALEARS**

Persones grans en tractament per consum de droga i addiccions comportamentals a les Illes Balears

Victòria Quesada Serra

Maria Valero de Vicente

Albert Moratinos Jaume

Sergi Canal Montiel

Xavier Bonet Felipe

Resum

L'envelliment progressiu de la població en les últimes dècades també té associat l'augment del nombre de persones de més de 55 anys que són ateses per problemes d'addicció, principalment a substàncies. Aquest treball pretén analitzar el perfil de les persones que són ateses per fer un tractament a les UCA dels pobles de Mallorca i a Projecte Home Balears. A partir de les dades obtingudes, s'observa que la mitjana d'edat dels usuaris és cada vegada més elevada i que aquests presenten patrons diferenciats respecte dels més joves. Per aquesta raó, és necessari reflexionar sobre els serveis d'atenció i tractament, ja que, a pesar que actualment s'orienten envers la intervenció en aquests nous perfils de consum, es preveu que la demanda augmentarà els pròxims anys i, per tant, s'hauran d'adaptar els recursos a aquesta nova realitat.

Resumen

El progresivo envejecimiento de la población en las últimas décadas también tiene asociado el aumento del número de personas mayores de 55 años que son atendidas por problemas de adicción, principalmente a sustancias. Este trabajo pretende analizar el perfil de las personas que son atendidas para realizar un tratamiento en las UCA de los pueblos de Mallorca y en Projecte Home Balears. A partir de los datos obtenidos se observa que la media de edad de los usuarios es cada vez más elevada y que éstos presentan patrones diferenciados respecto a los más jóvenes. Por esta razón, es necesario reflexionar sobre los servicios de atención y tratamiento, ya que, a pesar de que actualmente se orientan hacia la intervención en estos nuevos perfiles de consumo, se prevé que la demanda aumentará en los próximos años y, por tanto, se tendrán que adaptar los recursos a esta nueva realidad.

1. Introducció

La recerca tradicional sobre drogodependència s'ha centrat sobretot en l'adolescència, la joventut i l'adultesa, mentre que els estudis sobre aquest problema en la gent gran fins al moment han estat escassos (Díaz, 2018). Això es deu principalment al fet que s'ha infravalorat la dimensió del fenomen, ja sigui per manca de registres oficials, canvi en els criteris diagnòstics, aplicació de criteris inadequats, estigmatització associada a la problemàtica, etc. (Moratinos et al., 2017).

El creixement de la població de més de 55 anys a conseqüència de l'augment de l'esperança de vida també implica l'increment de la demanda de serveis especialitzats en problemes de consum de droga entre la població gran. Recentment, l'Enquesta sobre alcohol, drogues i altres addiccions entre gent gran de més de seixanta-quatre anys a

Espanya 2019-2020, ESDAM (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, OEDA, 2021a) assenyalava que un 22,2% consumeix diàriament hipnosedants (amb recepta mèdica o sense), seguit d'un 19% que consumeix alcohol. i un 9,8%, tabac. Si ens centrem en els consums diaris en funció del sexe, un 33,5 % dels homes de més de 65 anys consumeix alcohol, seguit d'un 14,3% que consumeix tabac; un 12,7%, hipnosedants, i un 2,7%, analgèsics opioides. Quant a les dones, un 29,4 % consumeix hipnosedants amb recepta mèdica o sense; un 8%, alcohol; un 6,5%, tabac, i un 5,7%, analgèsics opioides.

Així mateix, cal tenir en compte l'heterogeneïtat dels patrons de consum. Es poden observar diferències entre els «supervivents», que consumeixen durant la joventut i l'adulthood i que ara, a la vellesa, arrossegueu problemes, i els consumidors d'iniciació tardana o «reactius», que començaren a ser-ho en l'adulthood a causa d'algun esdeveniment estressant (Moratino, 2022).

Estudis com el de Moos et al. (2010) suggereixen que el consum problemàtic o d'alt risc d'alcohol a partir dels 55 anys depèn sobre manera de factors socials (familiars o cercle d'amics consumidors) i personals (ús de substàncies per reduir estrès, ansietat, depressió o dolor), i del patró de consum que s'hagi tingut en les primeres etapes de la vida adulta. A més, emfatitzen que, si bé el consum d'alcohol sol reduir-se amb l'edat, hi ha entre un 10 i un 30% de consumidors de més de 55 anys que continuaran tenint un patró de consum d'alt risc els vint anys següents. Així mateix, el consum problemàtic de substàncies com l'alcohol, la metamfetamina o els opioides sense recepta s'associa a grans desigualtats, com ara l'accés a serveis de salut, nivells de salut més baixos, problemes de salut mental o problemes d'accés a habitatge i baixos ingressos (Choi et al., 2022).

La demanda de tractament a partir dels 55 anys per trastorn d'addicció a substàncies augmenta de manera accelerada a tot el món (Choi et al., 2022; Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, OEDT, 2021a; Yarnell et al., 2019), a causa de les taxes elevades de consumidors joves que, entre vint i trenta anys enrere, no resolgueren els problemes d'addicció, o que els han desenvolupat a mesura que han avançat en edat (Bhatia et al., 2015). Hi ha dades recents que mostren que la mortalitat per consum de droga ha augmentat des de l'any 2003 a Espanya: la mitjana se situa en els 44,9 anys i el 72,3% de les defuncions causades per aquest motiu l'any 2018 es concentraren en persones de més de 40 anys (OEDA, 2021b). En l'àmbit europeu, des de l'any 2012, s'observa un augment especialment elevat de les morts per sobredosi entre els més grans de 50 anys. El percentatge és d'un 46% entre els de 40 i 64 anys, i d'un 7% entre els de més de 64. Algunes de les raons que podrien explicar aquest increment és la presència d'opioïdes en les anàlisis toxicològiques i l'envelliment de la població que és consumidora d'aquesta droga (OEDT, 2021ab).

Les dades posen de manifest el repte primordial que això suposa per als serveis de salut proveïdors d'assistència i de tractament que obligatòriament necessiten adaptar-se a

les característiques d'aquesta població. Concretament, s'enfronten a la polifarmàcia, la patologia dual, la comorbiditat, a reaccions adverses i a llargues trajectòries d'abús de substàncies, entre d'altres (Choi i DiNitto, 2020; Kuerbis et al., 2014; Wu i Blazer, 2014). L'evidència mostra que els tractaments per a gent gran amb problemes de consum de droga i especialment d'addicció a l'alcohol tenen bones taxes de retenció i eficàcia per aconseguir l'abstinència. No obstant això, s'observa que hi ha molt poques persones grans que accedeixen a aquests serveis (Dauber et al., 2018). El poc accés a tractaments i serveis específics es deu a l'heterogeneïtat dels perfils: d'una banda, els consumidors amb llargues històries de consum no estan en contacte amb els serveis usuals de salut (Choi et al., 2022) o bé ho estan amb els sistemes d'atenció primària, però passen desapercebuts per falta de formació, instruments o estratègies de detecció i per problemes de coordinació entre els serveis d'atenció primària i els especialitzats (Dauber et al., 2018).

A escala autonòmica, els serveis públics especialitzats en el tractament i intervenció sobre les conductes addictives són les UCA (unitats de conductes addictives). Es tracta de centres ambulatoris formats per equips multidisciplinaris que ofereixen atenció a persones que presenten algun tipus d'addicció, sigui a substàncies o comportamentals, i també als familiars. Entre els seus principals objectius hi ha orientació, informació i assessorament, diagnòstic i tractament integral de les addiccions sobre la base de diferents programes d'intervenció.

Les UCA són dispositius assistencials públics. Són recursos de segon nivell i el seu propòsit és avaluar, dissenyar i implementar el tractament de conductes addictives. A Mallorca, hi ha nou UCA coordinades pel PADIB i gestionades per diferents administracions: cinc, per l'IMAS (població de l'illa, excepte Palma) i quatre per l'IB-Salut (atenen la població de Palma), a més d'una UCA Jove, gestionada per l'IB-Salut (cobertura assistencial a tota l'illa i ubicada a Palma). A Eivissa i Menorca, les UCA (una a cada illa) són gestionades pels consells insulars respectius.

Això a banda, Projecte Home Balears (PHB) és una entitat d'abast autonòmic implantada a diferents punts de les illes: Eivissa, Maó, Palma, Inca, Manacor, Campos (comunitat terapèutica) i a Alcúdia (punt d'informació). L'atenció en qualsevol d'aquests punts depèn dels serveis especialitzats que la persona usuària requereixi, de la proximitat del lloc de residència o del lloc de treball, entre d'altres. PHB atén qualsevol persona que demani ajuda per problemes d'addicció i els seus equips interdisciplinaris estan preparats per intervenir en totes les àrees de la persona addicta.

Tot i que és un grup de fundacions privades sense ànim de lucre, Projecte Home Balears forma part de la xarxa d'atenció a les addiccions de les Illes Balears des de fa trenta-cinc anys i una part del seu finançament és públic. Cal destacar, en aquest sentit, que manté

dos convenis importants amb l'Administració: 17 places residencials en conveni amb la Conselleria de Salut (comunitat terapèutica de Casa Oberta) i 250 places ambulatories en conveni amb la Conselleria d'Afers Socials i Esports a les tres illes.

2. Objectiu

L'objectiu d'aquest article és fer una aproximació a les persones de més de 55 anys que segueixen tractament a les UCA dels consells insulars gestionades per l'IMAS i a Projecte Home Balears.

3. Mètode

L'estudi s'ha dut a terme a partir de les dades proporcionades per les UCA gestionades per l'IMAS (tots els municipis de Mallorca i extraradi de Palma, que anomenam UCA Part Forana, i en queden exclosos Palma i les UCA de Menorca, Eivissa i Formentera) i de Projecte Home Balears (Mallorca, Menorca i Eivissa), registrades durant l'any 2021. Per tant, la mostra de l'estudi són totes aquelles persones que han assistit durant l'any 2021 a les UCA de tots els municipis de Mallorca excepte Palma, així com als centres de Projecte Home (CM Es Caliu a Palma, PHB Son Morro, Palma, PHB Eivissa, PHB Menorca, PHB Manacor i PHB Inca).

La informació ha estat recollida per les UCA i PHB a partir de la «Fulla de notificació individual d'admissió a tractament per consum de substàncies psicoactives» i altres indicadors propis. Consisteix en un qüestionari elaborat pel Pla nacional sobre drogues (PNSD) i el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, unificat per a totes les comunitats autònomes del territori nacional. Aquest qüestionari té trenta-set preguntes que es reparteixen en set apartats: I. Dades bàsiques, II. Dades sociodemogràfiques, III. Droga principal per la qual s'és admès a tractament, IV. Altres drogues consumides en els trenta dies previs a l'admissió, V. Tractaments, VI. Injecció, i VII. Malalties infeccioses.

Per analitzar-ne els resultats s'han tingut en compte principalment les variables següents: edat, sexe, droga principal per la qual se sol·licita el tractament i nucli de convivència. Els resultats s'han extret de la base de dades, s'han anonimitzats i es presenten agregats per assegurar la confidencialitat i la no traçabilitat.

4. Resultats

Durant l'any 2021, els centres dependents de les UCA Part Forana i PHB tractaren 3.814 usuaris en total, dels quals un 12,9% eren dones i un 76,01%, homes.

És important assenyalar que hi pot haver usuaris que reberen tractament tant per part d'una UCA i de PHB o que foren derivats d'un servei a l'altre; en aquests casos, apareixen per duplicat. Tenint en compte això, com es pot veure a la taula 1, hi va haver 1.880 usuaris que reberen tractament a través de PHB (un 22% de dones enfront del 78% d'homes) i 1.934 a través de les UCA Part Forana (un 25,4% de dones enfront del 74,6% d'homes). Així mateix, el percentatge d'homes i de dones que reberen tractament en cada un dels serveis és semblant, però sempre és més elevat el nombre d'homes en tractament que el de dones. En termes generals i concentrant tots els grups etaris, un 22% dels usuaris de PHB que reberen tractament durant el 2021 foren dones i el 78%, homes. A les UCA, un 25,4% foren dones i el 74,6%, homes.

Taula 1 | *Nombre d'usuaris en tractament per addicció a les UCA Part Forana i PHB, distribuïts per sexe, edat i servei en el qual reben el tractament*

		UCA	PHB
Menors de 35 anys	Home	339	617
	Dona	89	131
de 35 a 44 anys	Home	446	476
	Dona	167	138
de 45 a 54 anys	Home	403	275
	Dona	130	99
de 55 a 64 anys	Home	210	73
	Dona	87	29
de 65 a 75 anys	Home	45	15
	Dona	18	11
No consta	Home	0	11
	Dona	0	5
Total		1.880	1.934

Font: elaboració pròpia a partir de les bases de dades de les UCA Part Forana i PHB.

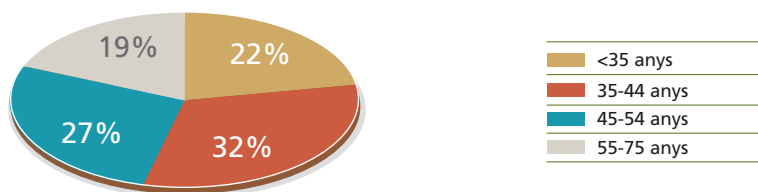
Nota: els usuaris poden haver rebut tractament per ambdós serveis el mateix any i poden aparèixer duplicats.

Si ens centram en l'edat, tal com es pot veure a la taula 1, PHB atén més usuaris més joves de 35 anys que les UCA i menys que tenen a partir de 55 anys. Això s'explica parcialment pel fet que les dades de PHB inclouen els programes de joves, comptant Projecte Jove, mentre que els usuaris de les UCA tenen a partir de 18 anys. Així, a les figures 1 i 2, s'aprecia que els més joves de 35 anys representen un 40% dels usuaris de PHB i un 22% dels de les UCA Part Forana; els usuaris que tenen entre 35 i 44 anys són un 32% en ambdós serveis. En canvi, sembla que les UCA de la Part Forana atenen més

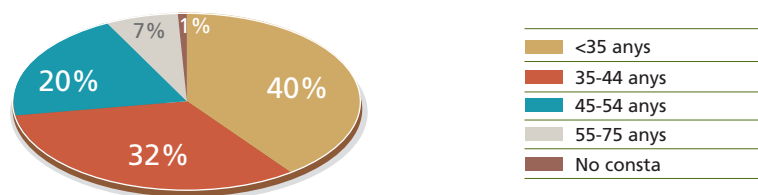
usuaris a partir dels 45 anys, que són el 27% dels que hi reberen tractament, mentre que foren un 20% dels qui varen recórrer a PHB i un 27%.

Quant als usuaris de més de 55 anys, un total de 488 persones de 55 anys o més reberen tractament a les UCA de la Part Forana i/o a PHB. Cal indicar que, a les UCA, un 19% dels usuaris que reben tractament és gent gran, col·lectiu que a PHB és un 7% del total de persones ateses.

Gràfic 1 | *Distribució dels usuaris que reberen tractament a les UCA Part Forana per edat*



Gràfic 2 | *Distribució dels usuaris que reberen tractament a PHB per edat*



Observant concretament les persones de més de 45 anys, veiem que un 46% de les ateses a les UCA Part Forana i un 27% de les ateses per PHB tenen 45 anys o més. Així mateix, hi ha més homes que reben tractament que dones en totes les franges etàries.

Específicament, un total de 488 de persones de més de 55 anys reberen tractament: un 29,7% de dones i un 70,3% d'homes; 128 usuaris foren de PHB i 360 de les UCA Part Forana (vegeu la taula 2).

L'alcohol és la substància per la qual reberen tractament més usuaris que tenen més de 55 anys, tant homes com dones (taula 2). Així, el tractament per alcohol com a addicció

principal suposa el 62,9% dels casos, dels quals el 65,15% són homes i un 34,8%, dones. La segona addicció quant a percentatge d'usuaris en tractament és l'heroïna, amb un 21,3%, entre els quals predominen clarament els homes (el 78,5% d'homes i un 21,15% de dones). I la tercera, la cocaïna, amb un nombre molt més reduït, ja que és l'addicció principal d'un 8,4% de les persones grans en tractament, el 95,1% de les quals són homes i un 4,9%, dones.

Taula 2 | *Distribució per tipus d'addicció distribuït per sexe dels usuaris de 55 anys o més de les UCA Part Forana i PHB.*

	UCA		PHB		TOTAL
	Home	Dona	Home	Dona	
Alcohol	143	72	57	35	307
Heroïna	75	22	7		104
Cocaïna	24	1	15	1	41
Hipnosedants	3	3	1	2	9
Amfetamines	1	0	1	0	2
Cànnabis	1	3	0	0	4
Addiccions comportamentals (ludopatia, sexe, compres compulsives, TIC)	8	4	5	0	17
Sense determinar	0	0	2	2	4
Total	255	105	88	40	488

Font: elaboració pròpia a partir de les bases de dades de les UCA Part Forana i PHB.

Destaca també per la seva prevalença estimada en la societat l'addicció als hipnosedants i les addiccions comportamentals, que inclouen la ludopatia, el sexe, les compres compulsives i les TIC.

Quant als hipnosedants, el nombre de persones grans en tractament a les UCA Part Forana i Projecte Home Balears actualment és relativament baix: nou persones (un 1,84% del total). Així mateix, disset usuaris reberen tractament per addiccions comportamentals (un 3,48% del total), la principal de les quals és la ludopatia.

Quant a la distribució geogràfica, es presenta a la taula 3. A l'hora d'interpretar-la, cal recordar que les UCA només aporten informació dels municipis de Mallorca i de l'extraradi de Palma, per la qual cosa no inclouen les dades de Palma, Menorca, Eivissa i Formentera.

Taula 3 | *Distribució geogràfica per centre de les persones de més de 55 anys que reberen tractament a PHB i/o a les UCA Part Forana durant el 2021*

Centres	Sexe	Nre.
PHB Eivissa	Home	8
	Dona	2
PHB Menorca	Home	10
	Dona	0
PHB pobles (Inca i Manacor)	Home	9
	Dona	5
PHB Palma (Son Morro)	Home	61
	Dona	33
UCA Part Forana	Home	255
	Dona	105

Nota: dades de les UCA Part Forana i PHB. Hi manquen les dades de les UCA Palma, Menorca, Eivissa i Formentera.

5. Discussió i conclusions

En aquest estudi s'ha presentat el nombre de persones de més de 55 anys que segueixen tractament, desagregat per sexe i tipus d'addicció principal.

El nombre de persones de més de 55 anys és cada vegada més elevat en les unitats de conductes addictives, la qual cosa reflecteix la tendència apuntada per l'Observatori Europeu de les Drogues sobre l'augment del consum de droga per part de gent gran (OEDT, 2021). Aquesta evolució es reflecteix també en la mitjana d'edat de les persones ateses, que augmenta de manera significativa. Aquesta realitat, compartida per la majoria d'entitats d'Europa, pot estar associada a factors diversos. Cal indicar, tot i això, que la taxa de mortalitat associada al consum s'ha reduït.

Si bé el tractament per consum problemàtic de medicaments receptats, amb risc d'abús o de dependència, com són els hipnosedants, encara acapara un percentatge relativament baix de persones grans del nostre estudi que reben tractament, és una causa important del consum problemàtic de droga per part d'aquest grup que acaba abusant-ne (Choi et al., 2022; Dauber et al., 2018) i actualment és un problema invisibilitzat. En aquest sentit, és cabdal implantar més bons procediments de vigilància senzills mitjançant un control adequat de les prescripcions reiterades o de medicaments.

Sabem que les dones tenen més risc d'abusar de la medicació receptada (OEDA, 2021), això no obstant, la seva presència als centres de tractament és molt més baixa que la dels homes. Una de les possibles causes pot ser l'estigmatització patida per ser dona i per la seva etapa evolutiva (Arostegui i Martínez, 2018; Orte i Pozo, 2018).

A les dades, s'ha apreciat molta diferència entre el nombre d'homes i el de dones que reben tractament, també en persones grans. Aquesta diferència, però, és molt més reduïda en el tractament pel trastorn de consum de l'alcohol, en què el nombre de dones és també elevat i en molts casos està associat a alcoholisme domèstic.

A les persones que presenten trastorns per consum de substàncies i/o conductes addictives els costa reconèixer el problema, en part a causa de l'estigma que implica. Aquesta situació s'agreuja quan es tracta de gent gran, i més especialment si són dones, les quals pateixen una estigmatització triple –trastorn associat al consum, persona gran i dona–, fet que pot explicar que hi hagi una barrera per accedir al tractament, ja sigui a les UCA sigui a PHB.

Per altra banda, no podem oblidar que els consumidors habituals de droga recreativa tornen grans. Les persones amb llarga experiència en el consum d'aquestes substàncies poden experimentar més complicacions, ja que es metabolitzen més lentament i el cervell pot tornar més sensible als seus efectes amb l'edat, amb la qual cosa es pot accelerar la progressió o augmentar la gravetat de les alteracions neurocognitives associades a l'envelliment (Salomon i Forester, 2012). La presència de persones d'edats avançades i ja en molts casos amb una llarga història de consum als dispositius de tractament fa que la resposta assistencial i l'atenció mèdica especialitzada tinguin una importància cabdal.

Cal fer visible la problemàtica d'aquests usuaris i ser sensibles a les necessitats específiques d'aquesta etapa evolutiva; s'han d'adaptar els programes a les seves característiques. En aquest procés, s'haurà de tenir en compte que, en molts de casos, les persones de més de 55 anys que reben tractament estan fora dels processos productius, sigui per edat sigui per malaltia.

Així mateix, els objectius i recursos s'han d'adaptar a les seves particularitats i necessitats, i per fer-ho caldrà aprofundir en la funció social de la gent gran amb estratègies que els rescatin de la solitud i/o de l'oblit social. Es fa necessari, doncs, diferenciar els perfils de consumidors per adaptar-los les alternatives terapèutiques: s'han de potenciar els recursos comunitaris per afavorir la «connexió» i el procés d'abstinència, tot adequant els programes de reducció de danys i disminució de risc. Cal que els familiars s'impliquin en els tractaments i adoptar una perspectiva de gènere que permeti eliminar barreres d'accés per a les dones i millorar l'adherència als tractaments.

A més, és necessari considerar la formació específica en atenció a les addiccions per al personal de les residències i centres de dia per a gent gran. L'envelliment de la població amb trastorns per consum de substàncies fa que cada vegada n'arribin més a aquests serveis i amb necessitats molt específiques. S'hauran d'explorar vies de coordinació entre els serveis específics per a la gent gran i els d'atenció a les addiccions per millorar l'atenció a un actiu tan important de la nostra societat.

Amb tot, la conclusió és que hi ha molta feina per fer.

Referències bibliogràfiques

Arostegui Santamaría, E. i Martínez Redondo, P. (2018). *Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Universitat de Deusto.

Bhatia, U., Nadkarni, A., Murthy, P., Rao, R., i Crome, I. (2015). Recent advances in treatment for older people with substance use problems: an updated systematic and narrative review. *European Geriatric Medicine*, 6(6), 580-586. <<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.07.001>>.

Choi, NG, DiNitto, DM, Marti, CN, i Choi, BY (2022). US older adults' heroin and psychostimulant use treatment admissions, 2012–2019: Sociodemographic and clinical characteristics. *Drug and alcohol dependence*, 231, 109256. <<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109256>>.

Choi, NG i DiNitto, DM (2020). Characteristics of Mental Health and Substance Use Service Facilities for Older Adults: Findings from U. S. National Surveys. *Clinical Gerontologist*, 45(2), 338-350. <<https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1862381>>.

Conselleria de Salut i Consum (2021). *Indicador d'admissió a tractament per consum de substàncies psicoactives. Resultats de 2020*. Pla d'Addiccions de les Illes Balears, PDIB. Conselleria de Salut i Consum. <http://www.caib.es/sites/padib/es/admissions_a_tractament_per_consum_de_substancias psicoactives>.

Dauber, H., Pogarell, O., Kraus, L., i Braun, B. (2018). Older adults in treatment for alcohol use disorders: service utilisation, patient characteristics and treatment outcomes. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(1), 1-10. <<https://doi.org/10.1186/s13011-018-0176-z>>.

Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, DG, i Moore, AA (2014). Substance abuse among older adults. *Clinics in geriatric medicine*, 30(3), 629-654. <<https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.04.008>>.

Moratinos, A. (2022). Addiccions i gent gran. *Màster en Addiccions (Currículum Europeu de Prevenció- Currículum Universal de Tractament, UPC-UTC)*. UIB.

Moos, RH, Schutte, KK, Brennan, PL, i Moos, BS (2010). Late-life and life history predictors of older adults' high-risk alcohol consumption and drinking problems. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 13-20. <<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.005>>.

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

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021b). *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2021a). *Statistical Bulletin 2021 — treatment demand*. <www.emcdda.europa.eu/data/stats2021#displayTable:TDI-0119>.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2021b). *Informe Europeo sobre Drogas 2021: Tendencias y novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <<https://doi.org/10.2810/964347>>.

Orte, C. i Pozo, R. (2018). *Género, adolescència y drogas*. Octaedro.

Salmon, J.M., i Forester, B. (2012). Substance abuse and co-occurring psychiatric disorders in older adults: A clinical case and review of the relevant literature. *Journal of Dual Diagnosis*, 8(1), 74-84. <<https://doi.org/10.1080/15504263.2012.648439>>.

Wu, L.T. i Blazer, D.G. (2014). Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 304-317. <<https://doi.org/10.1093/ije/dyt173>>.

Yarnell, S., Li, L., MacGrory, B., Trevisan, L., i Kirwin, P. (2020). Substance use disorders in later life: A review and synthesis of the literature of an emerging public health concern. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(2), 226-236. <<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.06.005>>.

Autors

VICTÒRIA QUESADA SERRA

Sa Pobla (1984). Llicenciada en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Orientació i Avaluació Socioeducatives i doctora en Ciències Socials i Jurídiques en l'àmbit de l'educació per la Universitat de Cadis. És professora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Facultat d'Educació de la Universitat de les Illes Balears i membre del Grup d'Investigació GIFES. Les seves línies de recerca són l'avaluació educativa i socioeducativa.

MARIA VALERO DE VICENTE

Oriola (1988). Doctora en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Intervenció Psicològica en Àmbits Clínics i Socials, i psicòloga general sanitària. Actualment, és professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre actiu del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES). Entre els seus interessos de recerca destaquen el treball en competències familiars, els programes de prevenció basats en l'evidència i la prevenció de conductes de risc en la infància i l'adolescència.

ALBERT MORATINOS JAUME

Palma (1973). Llicenciat en Psicologia, especialista en Psicologia Clínica, màster en Prevenció i Tractament en Drogodependències. Des de l'any 2001 és professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears, impartint l'assignatura Intervenció socioeducativa en drogodependències i participa com a docent al Màster Expert universitari en tractament d'addiccions de la UIB. Actualment, és cap de la Secció d'Atenció a les drogodependències del Servei d'Inclusió de l'Institut Mallorquí d'Afers i Drets Socials (IMAS) on fa feina des de 1998. Entre els seus interessos destaca la psicoteràpia en trastorns de personalitat, trauma i conductes addictives.

SERGI CANAL MONTIEL

Barcelona (1972). Llicenciat en Pedagogia Terapèutica. En l'actualitat, és director terapèutic i de RH de Projecte Home Balears, on fa feina des de 1995. Participa com a

docent al curs d'Expert Universitari en Tractament d'Addiccions de la UIB. Entre els seus interessos destaca la història del model d'atenció basat en la comunitat terapèutica en la intervenció en addiccions.

XAVIER BONET FELIPE

Barcelona (1964). Llicenciat en Ciències polítiques i Sociologia i diplomat en Traducció i Interpretació. Membre de l'Observatori de Projecte Home sobre el Perfil de les Persones amb Problemes d'Addicció en Tractament de l'Associació Projecte Home. Treballador de Projecte Home Balears des de 2007, actualment és el responsable de metodologia i qualitat de l'entitat.

GENT GRAN I ESPORT

Gent gran i esport

Ferran Dídac Lluch i Dubon

Resum

L'OMS defineix la salut com l'equilibri entre el benestar físic, psíquic i social. La pràctica esportiva contribueix a millorar aquestes tres esferes i, conseqüentment, és recomanable a qualsevol persona que vulgui gaudir d'un bon estat de salut o recuperar-lo.

Practicar esport respectant les capacitats físiques d'un mateix i de manera responsable i adequada, d'una banda, millora l'estat físic, ja que activa el funcionament dels sistemes fisiològics (muscular, respiratori, ossi...), i, de l'altra, millora l'estat psíquic o emocional, perquè produeix endorfines i millora l'autoestima, perquè la persona es veu i se sent més bé. Finalment, no podem oblidar que la pràctica esportiva tot sovint implica tenir relació amb altres persones, i això, òbviament, millora les relacions socials dels esportistes i contribueix a incrementar la salut física i emocional dels implicats.

Per tot això, és recomanable que tothom faci alguna activitat esportiva per millorar l'estat físic, l'ànim i contribuir a tenir una vida socialment més activa i plena. Aquest suggeriment és especialment indicat per als grups socials que són més sensibles en alguns d'aquests aspectes, com els infants i adolescents, d'una banda, i les persones més grans, de l'altra, ja que han d'intentar viure la resta de la vida —que, de mitjana, cada vegada són més anys— en bon estat de salut.

Aquest article analitza, bàsicament, algunes de les principals variables recollides per l'Enquesta d'hàbits esportius dels residents a l'Estat espanyol de l'any 2020, basades en les 4.800 enquestes que es feren a residents espanyols que tenien més de quinze anys i vivien a l'habitatge familiar.

Estudiarem les característiques principals de la pràctica esportiva segons les variables de sexe i edat. Cada un dels temes tractats és il·lustrat amb un gràfic que presenta les dades totals i per sexe de cada matèria analitzada i amb un altre que mostra les informacions desagregades pels grups d'edat analitzats, dels quals el de gent més gran centra, com sempre, el nostre interès.

Resumen

La OMS define la salud como el equilibrio entre bienestar físico, psíquico y social. La práctica deportiva contribuye a mejorar estas tres esferas y, en consecuencia, es recomendable a cualquier persona que quiera disfrutar de un buen estado de salud o recuperarlo.

Practicar deporte respetando las capacidades físicas de uno mismo y haciéndolo de forma responsable y adecuada, por un lado, mejora el estado físico, ya que activa

el funcionamiento de los sistemas fisiológicos (muscular, respiratorio, óseo...), y, por otro, mejora el estado psíquico o emocional, porque produce endorfinas y mejora la autoestima, gracias a que la persona se ve y se siente mejor. Por último, no podemos olvidar que la práctica deportiva a menudo implica tener relación con otras personas, lo que obviamente mejora las relaciones sociales de los deportistas y contribuye a incrementar la salud física y emocional de los implicados.

Por todo ello, es recomendable que todo el mundo realice alguna actividad deportiva para mejorar el estado físico, el ánimo y contribuir a tener una vida socialmente más activa y plena. Esta sugerencia está especialmente indicada para los grupos sociales que son más sensibles en algunos de estos aspectos, como los niños y adolescentes, por una parte, y las personas mayores, por otra, ya que deben intentar vivir el resto de la vida —que, en promedio, cada vez son más años— en buen estado de salud.

Este artículo analiza, básicamente, algunas de las principales variables recogidas por la Encuesta de hábitos deportivos de los residentes en el Estado español del año 2020, basadas en las 4.800 encuestas que se realizaron a residentes españoles que tenían más de quince años y vivían en la vivienda familiar.

Estudiaremos las principales características de la práctica deportiva según las variables de sexo y edad. Cada uno de los temas tratados es ilustrado con un gráfico que presenta los datos totales y por sexo de cada materia analizada y con otro que muestra las informaciones desagregadas por los grupos de edad analizados, de los cuales el de mayores centra, como siempre, nuestro interés.

1. Introducció

El col·lectiu de persones grans és cada vegada més nombrós. Les projeccions de l'INE ens indiquen que la població de 65 anys i més serà un 26,5% del total l'any 2035, i una de cada tres persones tindrà 80 anys o més. Cap a 2050, és probable que una de cada tres arribi a 65 anys o els superi. Aquestes dades signifiquen un creixement molt important, tenint en compte que l'any 2020 aquest percentatge era d'un 19,6%.

Vivim en una societat en què les persones cada vegada viuen més anys. Aquesta projecció situa l'esperança de vida dels homes, el 2034, en 83,03 anys, i la de les dones, en 87,62, amb un increment de prop de tres anys per als homes i de més d'un per a les dones, respecte de les dades que ens ofereix l'INE en la projecció per a 2020. Encara més gran és l'esperança de vida dels qui ja han arribat a 65 anys, ja que l'INE la situa,

el 2034, en 20,81 anys per als homes i 24,41 per a les dones. Això vol dir que els qui ja hagin arribat a 65 anys podrien viure, de mitjana, fins prop dels 86 anys, en el cas dels homes, i fins prop dels 90, en el cas de les dones.

Si és important viure més anys, igual d'important o més és que els anys que ens corresponguin tinguem les millors condicions possibles. Si bé és cert que no podem controlar tots els aspectes de la salut, és evident que, com hem dit, la salut té una sèrie de components físics, psíquics i socials que podem intentar millorar.

Adquirir hàbits de vida saludable i abandonar el sedentarisme fent activitats físiques és totalment necessari, si volem fer-nos grans en un bon estat de salut o, en cas que ja siguem grans, si volem millorar-la.

Hi ha moltes iniciatives públiques i privades que volen promoure l'activitat física i el benestar de la població més gran: des de companyies d'assegurances que ofereixen programes de salut per millorar l'estat físic dels clients i també per reduir la factura de les pòlisses mèdiques o per diferir el pagament d'altres beneficis econòmics assegurats (assegurances de vida, per exemple), fins a gimnasos i professionals que ofereixen instal·lacions o programes específics per a la gent gran. No parlarem de la gent gran com un sector de negoci potencial. És evident que és així i, a més, podem considerar ben vingudes les iniciatives en aquest sentit, ja que oferiran més bons serveis i equipaments a aquest col·lectiu. No podem oblidar tampoc les accions d'associacions sense ànim de lucre —com l'Associació Espanyola contra el Càncer—, que duen a terme importants programes de millora de la salut en general, a banda de múltiples tasques per atendre els malalts de càncer i les seves famílies. Les administracions públiques, evidentment, no són alienes a aquestes actuacions, ben al contrari. Les més properes als ciutadans, com els ajuntaments i els consells insulars, tenen programes de mobilitat i activitat física, com Mou-te amb Salut!, del Consell de Mallorca, o les rutes saludables de Palma. Per això, hem volgut incloure en les fonts algunes referències de recursos d'aquest tipus que poden ser d'interès als lectors. Tampoc no podem oblidar, com és lògic, els programes d'alimentació saludable i de vida activa de la Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears, que organitzen activitats i rutes saludables a totes les Illes. És evident que la prevenció és bàsica per mantenir un bon estat de salut de la població i, en particular, de la gent gran. Qualsevol política que pretengui millorar la salut de la població és prioritària i imprescindible, ja que l'envelliment de la població, si no es produeix simultàniament a una política eficaç de millora general de la salut de tothom, pot arribar a saturar aquests serveis i suposar un cost socialment no assumible. Tot i això, hem de pensar que tots nosaltres som, en realitat, responsables en bona part de la nostra salut futura i, per tant, hem d'intentar millorar els nostres hàbits.

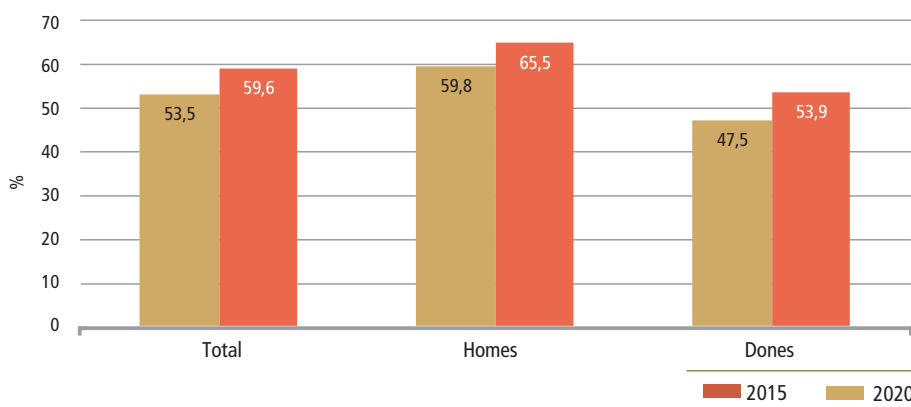
La Universitat de les Illes Balears, sensible a aquest camp potencial, ofereix el títol propi d'Expert Universitari en Activitats Físiques i Recreatives per a la Tercera Edat, que pot contribuir a preparar bons professionals que atenguin aquesta nova demanda social.

No volem deixar d'apuntar que la realitat social envers l'esport ha canviat positivament amb el temps. Pensem que fa poques dècades, quan es parlava d'esport, hom pensava en esportistes professionals i en activitats competitives. En canvi, avui l'esport ha adquirit una dimensió molt més àmplia i gairebé tots els membres de la societat en són participants com a simples espectadors, com a consumidors de notícies lligades a l'esport, o com a practicants d'una o més disciplines esportives, en què no són prioritaris els aspectes pròpiament competitiu, sinó els hàbits lligats al benestar i a la salut. Aquests canvis han estat especialment significatius entre la població de més edat. Ja a l'Enquesta d'hàbits esportius de 2010 es feia referència al que anomenaven «la revolució silenciosa», que ha contribuït sens dubte a incrementar l'esperança de vida de la població i que consisteix a incorporar la població de gent gran a la pràctica esportiva. Les darreres dades no solament mostren la importància d'aquesta tendència, sinó que podríem dir que s'ha reforçat amb el temps. Així, als anys vuitanta, hi havia ben poca gent que practicàs esport en edats avançades, les xifres de població de 55 anys i més que en fa setmanalment han passat d'un 22,2% el 2010 a un 26% el 2015 i a un 38,5% el 2020.

Malgrat tot, és evident que queda molt camí per recórrer i per això proposam impulsar i coordinar els programes adreçats a millorar els hàbits de vida saludable de la població general i de la gent gran en particular. Tal volta, generalitzar les competicions en categories màster, com ja fan algunes disciplines —per exemple, el ciclisme a les Illes Balears—, també podria afavorir unes taxes de participació més elevades, almenys entre aquells a qui agrada l'esport competitiu. I això particularment si s'hi afegissin grups per a esportistes de més edat que poguessin competir amb d'altres d'un estat físic similar (ara la darrera categoria és la dels més grans de seixanta anys).

Aprofitarem aquesta introducció per mostrar unes dades generals comparatives entre l'enquesta de l'any 2020 i l'anterior, de 2015.

De l'anàlisi de la realització d'esport per sexe a les enquestes dels anys 2015 i 2020 podem extreure dues conclusions bàsiques. La primera és que la proporció de gent que practica esport continua augmentant i és de sis de cada deu persones. La segona és que hi ha desequilibris significatius en la pràctica determinats pel sexe, amb una bretxa de gènere negativa que afecta les dones. Així, el percentatge d'homes que han fet esport el 2020 supera en un 11,6% el de dones.

Gràfic 1 | *Realització d'esport durant el darrer any per sexe. 2015 i 2020*

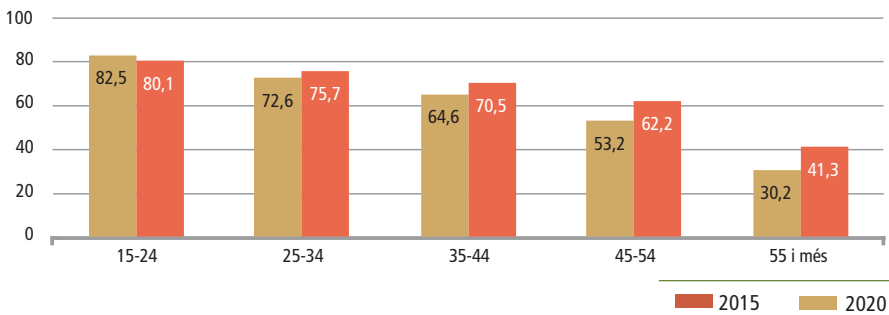
Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

La valoració social de l'esport i l'interès general que desperta han augmentat. No obstant això, hi ha circumstàncies de gènere rellevants que encara perduren i que fan que s'evidencin divergències notables en la pràctica esportiva per raó de sexe i en tot allò que envolta el món de l'esport. En el camp professional, mentre que els futbolistes professionals masculins cobren nòmimes estratosfèriques, les dones de l'elit futbolística moltes vegades han d'abandonar la carrera esportiva perquè no tenen recursos suficients per viure'n. Fins i tot les retribucions que perceben per participar en competicions internacionals representant l'Estat espanyol són abismalment distintes. És evident que una part de l'esport pertany a la iniciativa privada i es mou pels interessos econòmics generats per drets televisius i de publicitat. Les administracions públiques, però, tenen l'obligació de reduir les bretxes de gènere que s'han generat a conseqüència del constructe social que el món de l'esport ha atribuït eminentment a l'àmbit masculí, i que en països musulmans pot arribar, en casos extrems, a prohibir que les dones practiquin esport o que assisteixin als espectacles esportius. Així, sembla adient adoptar mesures de discriminació positiva, com la igualtat efectiva de recompenses en la representació de l'Estat en competicions internacionals o vetllar per ampliar la quota de temps i l'atenció dedicada pels mitjans públics de comunicació a l'esport femení. Sense aquest impuls, la bretxa de gènere persistirà en el temps i podrà portar, en general, a unes taxes de participació més baixes de les dones en les activitats esportives i, conseqüentment, a un pitjor estat de salut.

Un altre aspecte sobre el qual volem oferir una pinzellada en aquesta introducció és la relació general de l'esport amb l'edat. D'una banda, de comparar les dades dels anys 2015 i 2020 podem afirmar que la pràctica esportiva augmenta de manera significativa en tots els grups, especialment en els d'edat més avançada. L'excepció la trobam en

el grup de 15 a 25 anys, però hem de tenir en compte la situació pandèmica, que ha incidit de manera significativa en les restriccions d'accés a establiments per a la pràctica esportiva, que han romàs tancats; la suspensió de les competicions esportives, i el tancament dels centres educatius durant una part de l'any. Aquests factors explicarien un cert descens de la pràctica esportiva en aquest grup.

Gràfic 2 | Realització d'esport durant el darrer any per grup d'edat. 2015 i 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Així mateix, l'altre aspecte que destaca és la disminució progressiva de l'activitat esportiva amb l'edat, però aquest comportament s'ha de matisar i perfilar. De tot això en parlarem en els epígrafs següents.

Per acabar, ens queda dir que en aquest article ens centrarem exclusivament a comentar els resultats principals referits a la pràctica esportiva i a l'activitat física. En destacarem les característiques principals segons el sexe i l'edat dels practicants a partir de les dades de l'Enquesta d'hàbits esportius d'Espanya, feta l'any 2020 i publicada el 2021. No analitzarem altres qüestions que també tracta l'Enquesta, com la vinculació a entitats o associacions esportives, l'assistència a espectacles esportius i el món comercial que els envolta, l'esport i els mitjans de comunicació, o l'esport i les noves tecnologies, per posar-ne alguns exemples. En tot cas, qui hi estigui interessat pot consultar directament la font primària.

2. La motivació i la pràctica esportiva

Quins són els motius que empenyen les persones a fer esport o, contràriament, a no fer-ne? Ens ha semblat interessant començar per quines són les motivacions que les mouen a mantenir unes relacions tan diverses amb l'esport, abans d'entrar a analitzar

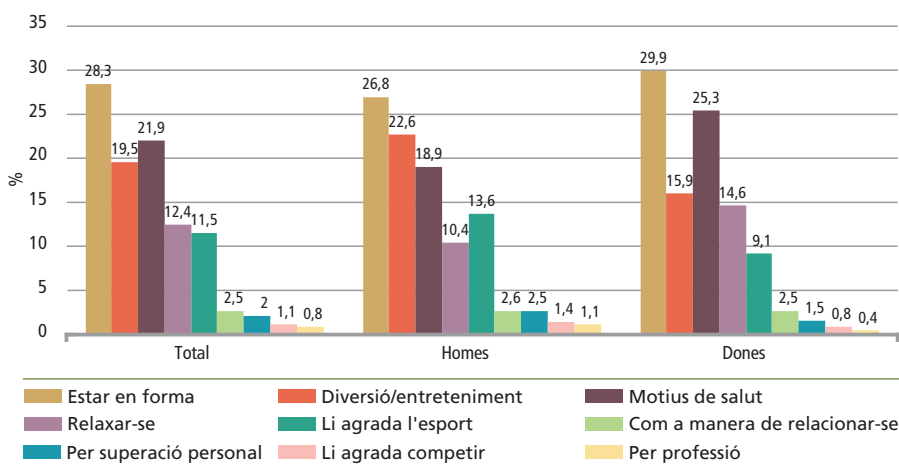
altres variables de la pràctica esportiva i veure si podem copsar algunes tendències vinculades al sexe i a l'edat.

2.1. Les motivacions adduïdes per les persones que fan esport

Entre els qui han practicat esport durant l'any anterior a l'enquesta, destaquen, en general i per ordre d'importància, tres motius principals: estar en forma (28,3%), motius de salut (21,9%) i diversió/entreteniment (19,5%). Nogensmenys, a certa distància trobam altres causes, com relaxar-se (12,4%) o que els agrada practicar esport (11,5%). Val a dir, en tot cas, que s'ha fet triar l'opció de la causa principal de practicar esport i no una resposta múltiple. Així, és lògic pensar que els percentatges d'altres ítems augmentarien, ja que els enquestats també els consideren rellevants, però secundaris.

A banda de destacar la importància que té fer esport per al bon estat físic i el manteniment de la salut, de l'enquesta podem concloure que hi ha diferències importants entre homes i dones, és a dir, la variable sexe és molt important quan s'analitza la seva relació amb l'esport.

Gràfic 3 | *Motius principals pels quals s'ha practicat esport per sexe. 2020*



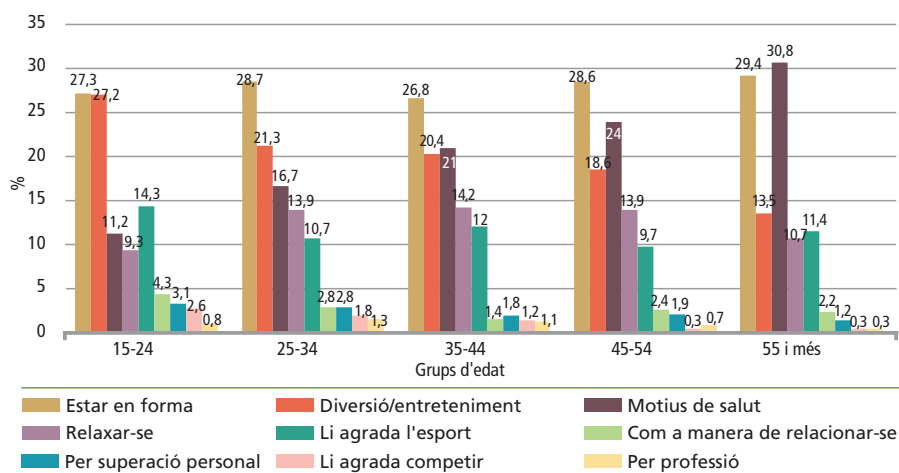
Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Així, per a més de la meitat de les dones practicants d'esport, estar en forma (29,9%) i la salut (25,3%) són els motius principals adduïts. Aquests dos factors explicatius són menys rellevants entre els homes, particularment els temes de salut. Contràriament, entre els homes, tot i que estar en forma explica un poc més la motivació d'una

quarta part dels qui en practiquen, els motius de salut són superats per la diversió i l'entreteniment, que s'hi situen per davant com a factor per fer esport. També destaca entre els homes el valor que assoleix l'interès per competir, que és inferior en les dones.

Segurament aquí podríem indicar aspectes de gènere fortament arrelats a la pràctica esportiva i a l'esport en general. D'una banda, històricament, la pràctica esportiva s'ha considerat més pròpia dels homes i se n'ha afavorit la participació en competicions. Entre els homes, esport i diversió van plegats, a banda que la socialització masculina moltes vegades va lligada a la pràctica esportiva i a l'esport en general. D'altra banda, la difusió de clixés socials estètics pressionen segurament més les dones perquè facin activitats esportives, per mantenir-se en un bon estat de forma físic amb més finalitat estètica que de salut física (tot i que, evidentment, s'aconsegueixin simultàniament). Això no obstant, també aquesta pressió pot afectar els homes, però en molta menys mesura.

Gràfic 4 | *Motius principals pels quals s'ha practicat esport per grup d'edat. 2020*



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

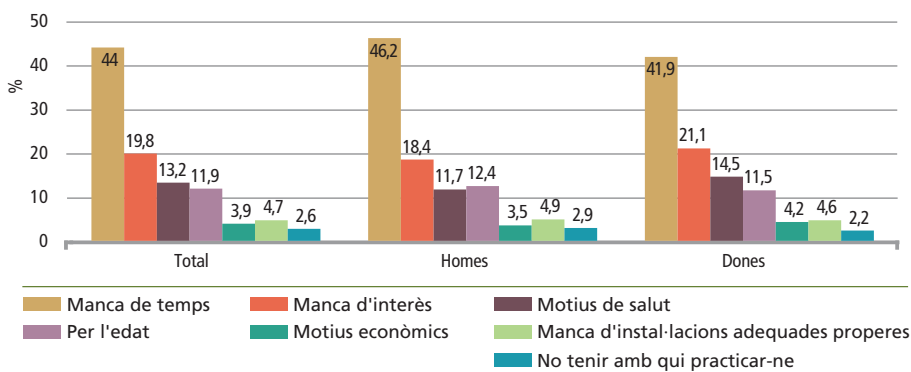
I com afecta l'edat les motivacions per practicar esport? És evident que la segona variable que consideram en la nostra anàlisi té unes conseqüències molt clares sobre la motivació i l'esport. Així, en el grup de més edat analitzat, el de les persones de 55 anys i més, els motius de salut passen a situar-se al primer lloc com a causa de fer esport (30,8%), quan aquesta causa només és esmentada per una de cada deu persones que tenen entre 15 i 24 anys. És a dir, hi ha una correlació directa entre l'edat

i la salut com a motivació per posar-se a fer esport. La segona de les causes esmentades en el grup de més edat (estar en forma) es manté gairebé constant en els grups d'edat analitzats. En el que trobam un clar descens amb l'increment de l'edat és en la pràctica de l'esport com a diversió o entreteniment com a motiu principal. Sembla evident que, mentre que els més joves practiquen esport més aviat com una activitat d'esbarjo, diversió, voluntat de competició i contacte social, a mesura que envellim, els aspectes que passen a tenir més importància són els lligats a la salut i al manteniment del bon estat físic.

2.2. Les causes per les quals no es practica o no es practica més esport

Com en l'epígraf anterior, no són respostes obertes, sinó tancades, en què es demana a cada persona enquestada que indiqui la causa principal. Per tant, segurament hi ha més d'una causa que pot afectar cada persona individualment, però només apareix la considerada com a més determinant.

Gràfic 5 | *Motius principals pels quals no es practica esport o no se'n practica més, per sexe. 2020*



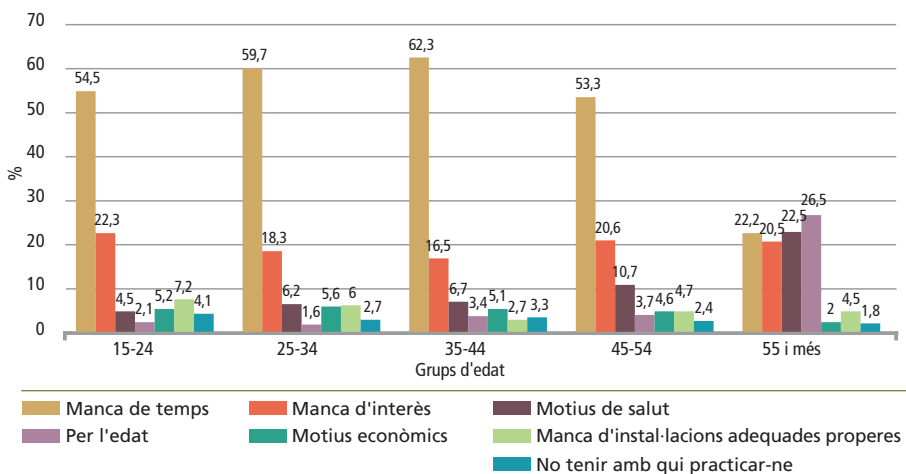
Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Entre les causes proposades, la manca de temps és la que apareix com a causa principal per no practicar gens d'esport o, si se'n practica, no fer-ne més. En molts casos, podríem pensar que aquest argument és una justificació més que un element determinant. Si una persona realment tingués voluntat per fer una activitat esportiva, podria cercar temps, a partir de disciplina, organització i determinació. Sigui com sigui, si ens limitam a les respostes referides a la variable edat, la manca de temps coincideix, d'una banda,

amb el període de més intensitat lectiva i, de l'altra, amb els períodes de més activitat laboral, els quals cronològicament coincideixen amb l'etapa de tenir fills a càrrec. Per tant, hem de valorar també que, en bona part, les obligacions laborals i familiars són motius que justifiquen no poder dedicar temps o no dedicar tot el que es voldria a la pràctica esportiva.

La manca de temps, per tant, és el factor principal per no fer esport en totes les edats, excepte en el grup dels més grans. En aquest col·lectiu, que ha finalitzat l'activitat laboral, aquesta causa és substituïda per d'altres, com ara l'edat (en els grups d'edat anteriors gairebé no tenia presència), la salut (duplica el pes explicatiu del grup d'edat anterior i és cinc vegades superior al del grup més jove) o la manca d'interès (en tots els grups ha estat significatiu). No obstant això, entre les persones de més edat, un percentatge relativament elevat continua indicant la manca de temps com el motiu principal per no fer esport o no fer-ne tant com es voldria. Això ho explicariem, d'una banda, pel fet que encara hi ha un col·lectiu d'actius significatiu que té entre 55 i 67 anys o més (inclosos en el grup de més edat estudiat) i, de l'altra, que hi ha una part de la gent gran que assumeix tasques de cura i atenció dels nets i fills, amb una càrrega horària igual o fins i tot superior a la que tenien quan estaven actius en el món laboral. Seria allò que alguns han designat com la síndrome de l'avi esclau i que ha reflectit la il·lustradora Joly Navarro Rognoni en una sèrie de dibuixos titulada *Abueland*.

Gràfic 6 | *Motius principals pels quals no es practica esport o no se'n practica més, per grup d'edat. 2020*



Entre sexes, hi ha algunes diferències. Entre els homes, la manca de temps és un factor més potent a l'hora de justificar la baixa implicació en l'esport; entre les dones, els motius de salut o la manca d'interès tenen més pes que entre els homes. Podríem concloure que, en aquest cas, aspectes com el gènere i els aspectes demogràfics (més esperança de vida) i sanitaris (anys de vida amb bon estat de salut diferents segons el sexe) podrien explicar-ne les característiques.

En definitiva, a banda de la manca d'interès, que fa que no practiquin esport mai en la vida aproximadament una de cada cinc persones, l'excusa més recurrent és la manca de temps, ja sigui perquè el dediquen a la formació, en els anys inicials de la vida, o a les activitats familiars i laborals, en les franges centrals d'edat. En aquests factors, el grup de persones més grans hi afegeix les circumstàncies lligades a l'edat i a una salut més deficient.

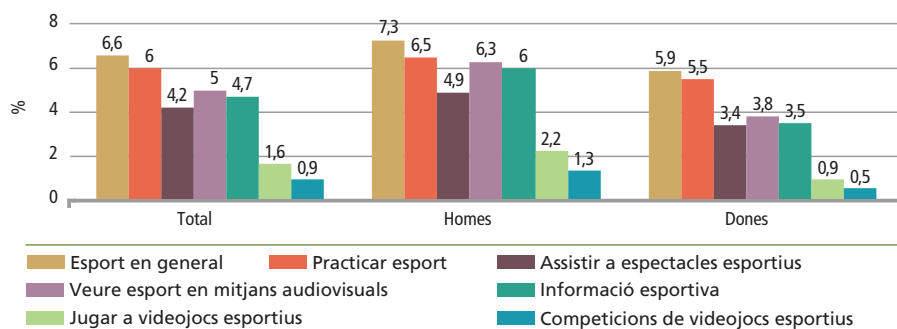
3. Interès vinculat a l'esport i grau d'interès per la pràctica esportiva

3.1. Valoració mitjana d'interès vinculat a l'esport

Tot i que hem dit que aquest article se centraria fonamentalment en l'anàlisi de la pràctica esportiva, l'interès per l'esport és qualche cosa més i inclou assistir a espectacles esportius, informar-se sobre competicions, seguir-les per mitjans audiovisuals o jugar a través de videoconsoles, sigui per oci sigui competint. El món de l'esport és més que la pràctica esportiva, ha creat un mercat multimilionari i genera molts de llocs de treball. No únicament viuen de l'esport els practicants professionals i els seus equips (entrenadors, preparadors físics, fisioterapeutes...), sinó que els grans esports mouen milers de milions de diners en drets televisius i publicitaris. Generen grans moviments econòmics pel negoci del marxandatge, de la venda directa d'entrades als estadis, els llocs de treball que crea el manteniment dels equipaments, l'organització dels clubs i les competicions nacionals i internacionals, i l'engranatge que mou tot l'esport competitiu i mediàtic (viatges, estades hoteleres, consum a les ciutats visitades...). Només un simple detall: la FIFA (l'organització mundial de futbol) destina 3,7 milions d'euros només als premis de les competicions del simulador de joc de futbol FIFA de l'empresa EA Sports.

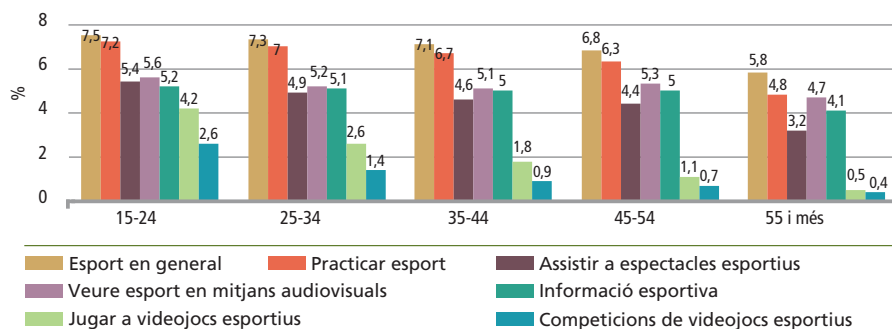
A més de la importància econòmica i laboral, l'esport és un focus d'interès que omple el temps d'oci i l'esbarjo d'una part significativa de la població.

Els gràfics adjunts ens mostren la valoració mitjana (0-10) d'interès general vinculat a l'esport a través de les variables sexe i edat.

Gràfic 7 | Valoració mitjana de l'interès vinculat a l'esport per sexe. 2020

Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Quant a l'interès vinculat a l'esport, cal dir que hi ha una bretxa de gènere important: en tots els ítems considerats (esport en general, practicar esport, assistir a espectacles esportius, veure esports en mitjans audiovisuals, la informació esportiva, jugar i competir en videojocs esportius), l'interès mitjà és molt més elevat entre els homes que entre les dones. L'interès general vinculat a l'esport masculí assoleix un interès notable (7,3), mentre que la pràctica de l'esport (6,5), veure esports en mitjans audiovisuals (6,3) o rebre informació esportiva (6) són les activitats més valorades, seguits a una certa distància per l'assistència a espectacles esportius (4,9).

Gràfic 8 | Valoració mitjana de l'interès vinculat a l'esport per grup d'edat. 2020

Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

L'interès vinculat a l'esport baixa entre les dones en totes les categories. Les dones només atorguen un cert interès a l'esport en general (5,9 de valoració) i a la pràctica esportiva (5,5). La resta d'ítems presenten una valoració molt baixa, particularment el joc i les competicions per ordinador.

Pel que fa a l'edat, també trobam diferències importants i visibles. Així, hi ha un descens notable de la valoració mitjana de l'interès per l'esport en general i per la seva pràctica a mesura que augmenta l'edat. Aquest descens és especialment significatiu en el darrer grup considerat, el de 55 anys i més. Contràriament, els grups d'edat dels més joves són els que atorguen una valoració més alta a l'interès general per l'esport i principalment per la pràctica esportiva.

Aquest descens és conseqüència, en bona part, del descens de l'interès a practicar esport: des de valoracions molt elevades fins als 44 anys (entre un 7,2, el grup de 15 a 24 anys, i un 6,7, el dels 35 a 44), experimenta ja un descens en el grup de 45 a 54 anys (6,3) i encara molt més en el de 55 anys i més (4,8).

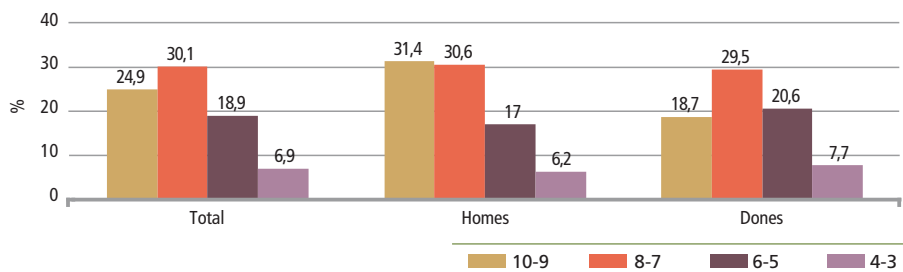
Pel que fa a altres ítems sobre l'interès esportiu, com ara veure esports a través de mitjans audiovisuals, informar-se sobre l'esport o assistir a espectacles esportius, no hi ha grans variacions relacionades amb l'edat, tot i que entre les persones més grans disminueix particularment l'assistència presencial a actes esportius.

Per acabar, i com podríem esperar, l'interès pels videojocs esportius i les competicions de videojocs esportius destaca sobretot entre les persones de 15 a 24 anys i després baixa ràpidament fins a valors d'interès molt baix entre les que en tenen més de 55. No obstant això, aquestes dades no signifiquen que no hi pugui haver algunes persones de col·lectius d'edat avançada que estiguin interessades en els videojocs o que, fins i tot, hi competeixin. Però l'interès general per aquestes qüestions minva ràpidament, entre altres coses perquè és una forma d'oci lligada a tecnologies que no existien fa algunes dècades i que, en canvi, les han incorporades de manera natural les persones més joves, principalment els homes. Ho podem comprovar en el gràfic adjunt.

3.2. Grau d'interès a practicar esport

L'estadística d'hàbits esportius ens mostra la distribució del grau d'interès en cada un dels ítems considerats, des del percentatge que té un interès molt elevat (entre 10 i 9 de valoració), elevat (8-7), un cert interès (6-5), poc interès (4-3) o molt poc interès (2-0). Aquests percentatges ens permeten valorar més bé l'interès segons el sexe i el grup d'edat, i no solament ens aporten la mitjana general. En aquest article, només comentarem aquesta distribució quant a la pràctica esportiva. Si algú hi està interessat, pot ampliar els coneixements amb les fonts directes esmentades.

Gràfic 9 | Grau d'interès per practicar esport per sexe. 2020

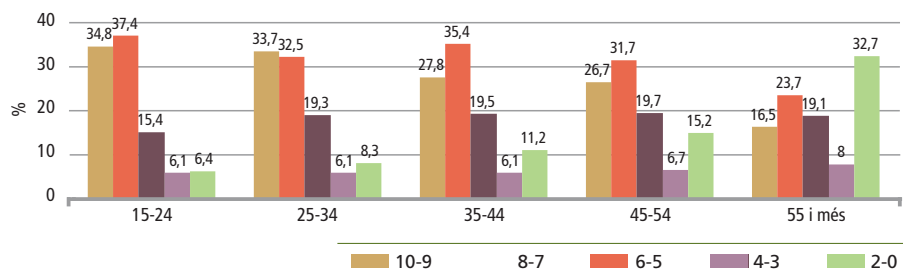


Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

No insistirem en el fet que hi ha relació entre l'augment de l'edat i la pèrdua de l'interès per practicar esport, perquè ja ho hem comentat. El que voldríem destacar és que aquesta pèrdua d'interès mitjà a mesura que avança l'edat és una conseqüència, sobretot entre la població de 55 anys i més, de l'increment molt significatiu de la gent que deixa de tenir interès per practicar esport. Una tercera part de la població gran deixa d'interessar-se per la pràctica esportiva directa (interès 2-0). També es registra un descens important en el grup que valora molt fer esport (diferència de 10 punts entre la població de 45 a 54 anys i la de 55 anys i més en la valoració de 10-9) i un descens de 8 punts percentuals entre els qui ho valoren entre un 8 i un 7.

No obstant això, sis de cada deu persones de 55 anys i més tenen interès en la pràctica esportiva (valoracions iguals o superiors a 5) i, d'aquestes, dues terceres parts expressen un interès notable (valoració igual o superior a 7) i una quarta part té un interès molt elevat.

Gràfic 10 | Grau d'interès per practicar esport per grup d'edat. 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Aquí podríem introduir una reflexió prou significativa: ens sembla insuficient aturar l'anàlisi en un grup final de 55 anys i més, ja que abraça un conglomerat demogràfic massa divers. S'hauria de mantenir l'estudi per grups decennals en alguns grups etaris més i dividir el de 55 anys i més en, com a mínim, tres categories: 55-64, 65-74 i 75 en endavant. Una de les intencions d'aquest article seria fer arribar aquesta petició al Ministeri de Cultura i Esports del Govern d'Espanya perquè ho tingui en compte per a les pròximes enquestes. Això permetria acotar molt més l'aproximació a la realitat de les persones grans en relació amb l'esport.

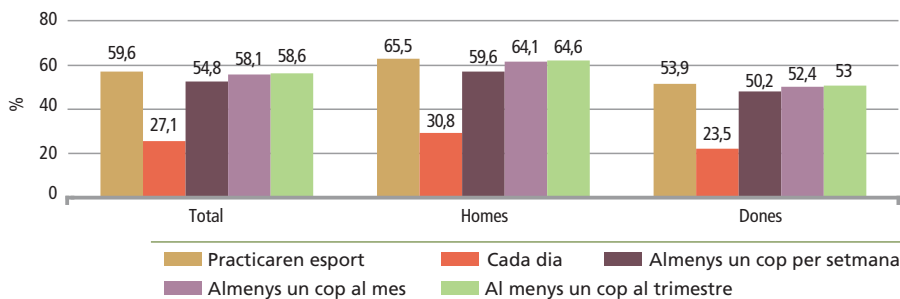
4. Freqüència de la pràctica esportiva el darrer any

4.1. Freqüència general de la pràctica esportiva

A banda la bretxa de gènere general en la pràctica esportiva ja analitzada (l'any anterior a l'enquesta, practicaven esport el 65,5% dels homes i el 53,9% de les dones), també es manté aquesta diferència en la freqüència de la pràctica.

Tres de cada deu homes feien esport cada dia i prop del 60%, un dia a la setmana. Aquest percentatge és molt inferior entre les dones: només una de cada quatre feia esport cada dia i una de cada dues, un dia a la setmana.

Gràfic 11 | Freqüència de la pràctica esportiva en el darrer any per sexe. 2020

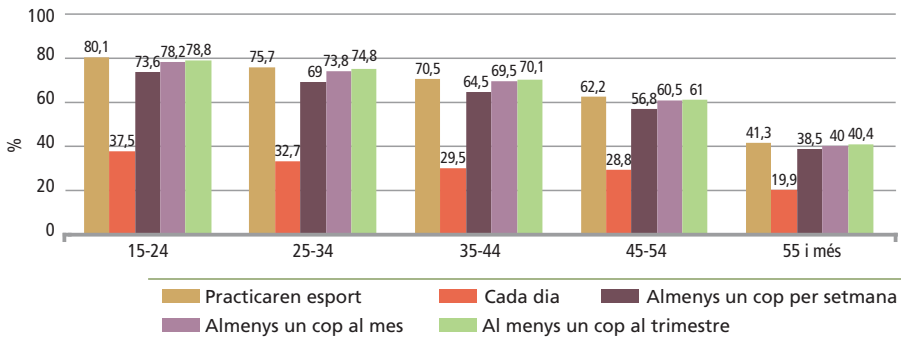


Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Pel que fa a la freqüència de l'activitat esportiva i l'edat, s'aprecia un patró de comportament molt clarament influenciat per aquesta variable. Així, mentre que el 80% de les persones que tenien entre 15 i 24 anys feien esport, només eren entorn

del 41% de les de 55 anys i més, i ja es registrava un descens important de la pràctica esportiva en el grup dels 45 a 54 anys.

Gràfic 12 | Freqüència de la pràctica esportiva en el darrer any per grup d'edat. 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

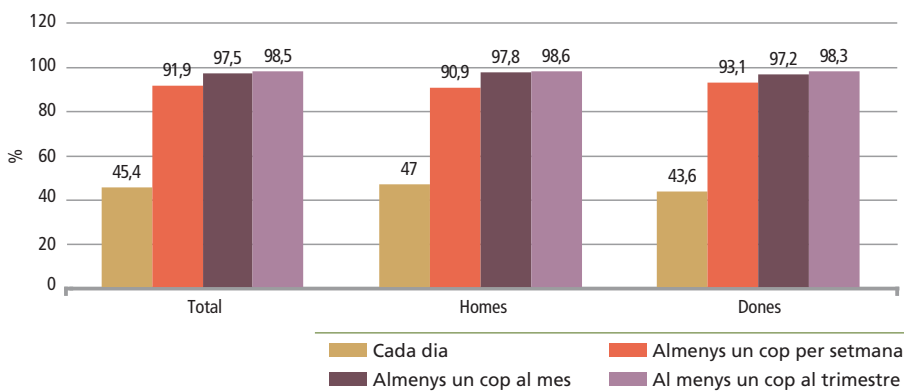
No obstant això, no ens ha de quedar la imatge que la gent més gran no practica esport, tot al contrari. Segons l'enquesta, una de cada cinc persones de 55 anys i més fa esport diàriament i prop del 40%, un dia a la setmana. Aquestes xifres són prou rellevants, tot i que significativament més baixes que en els grups més joves (37,5% i 73,6%, respectivament).

4.2. Freqüència de la pràctica esportiva dels qui fan esport

Si l'epígraf anterior ens permetia conèixer quina és la relació general de la població amb la pràctica esportiva, aquest apartat ens permet aprofundir en la freqüència, és a dir, en la intensitat de la pràctica esportiva dels qui fan esport.

Les conclusions ens poden sorprendre i són força diferents del patró general de relació entre la població i la pràctica esportiva.

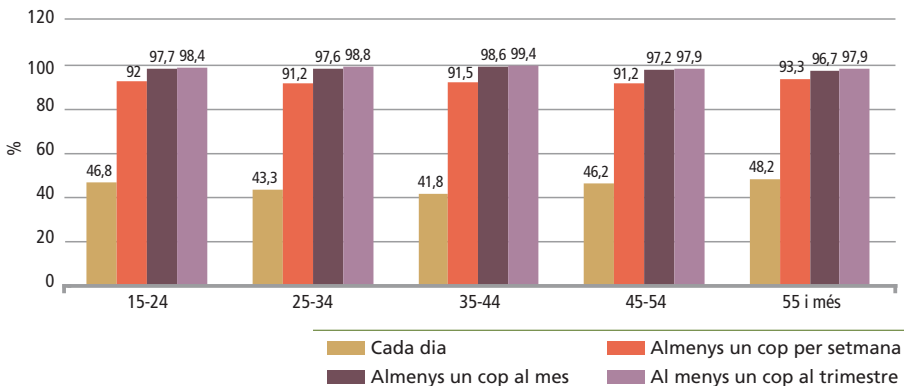
Entre les persones que fan esport, podem afirmar que gairebé no hi ha bretxa de gènere. És a dir, entre les persones esportistes, el patró de freqüència esportiva és molt similar entre sexes. Un 47% dels homes i un 43,6% de les dones en feien diàriament, i aquests percentatges pugen fins al 90,9% i el 93%, respectivament, en els qui en feien almenys un dia a la setmana.

Gràfic 13 | Freqüència de la pràctica esportiva en el darrer any per sexe. 2020

Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

D'aquí podem treure una altra conclusió. La major part de les persones que practiquen esport ho fan amb molta regularitat: més del 90% almenys un dia a la setmana i com a mínim un poc més de quatre de cada deu, homes i dones, en fan diàriament.

Quina relació hi ha entre la pràctica esportiva i l'edat? Tornam a trobar una correlació negativa entre freqüència i edat?

Gràfic 14 | Freqüència de la pràctica esportiva en el darrer any per grup d'edat. 2020

Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Les dades potser ens sorprendran. Hi ha una gran estabilitat entre la freqüència de la pràctica esportiva i l'edat; fins i tot, entre els practicants d'esport, els valors màxims de pràctica diària i setmanal apareixen en el grup de 55 anys i més!

Per tant, podríem concloure que entre els practicants d'esport no només hi ha un perfil de freqüència molt similar entre sexes —com hem vist—, sinó també entre tots els practicants: sigui quina sigui la seva edat, el perfil és molt similar. Gairebé la meitat dels qui practiquen esport ho fan diàriament i més del 90%, almenys un dia a la setmana. Les variacions principals són en la pràctica diària, que baixa alguns punts percentuals entre el grup de 35 a 44 anys i puja fins als màxims en el grup de 55 anys i més. Probablement, això és a causa de la diferència en el temps que els adults joves dediquen a l'activitat laboral i a atendre els fills, i al fet de disposar de més temps lliure el subgrup dels pensionistes, però que conserven un perfil força similar.

La conclusió seria que bona part dels qui fan esport en fan de manera molt freqüent i que, quan han iniciat la pràctica esportiva, els hàbits esportius es conserven gairebé inalterables al llarg del temps.

5. Perfil temporal de la pràctica esportiva: anàlisi del dia de la setmana i del període de l'any en què es duu a terme

Hi ha altres variables de l'enquesta que se centren en la realitat temporal de la pràctica esportiva, no en termes de freqüència, sinó en el moment de la setmana o de l'any en què es duu a terme. D'aquesta manera, podrem conèixer millor els hàbits de la població en relació amb les jornades setmanals o les grans èpoques de l'any, lligades principalment a l'activitat laboral.

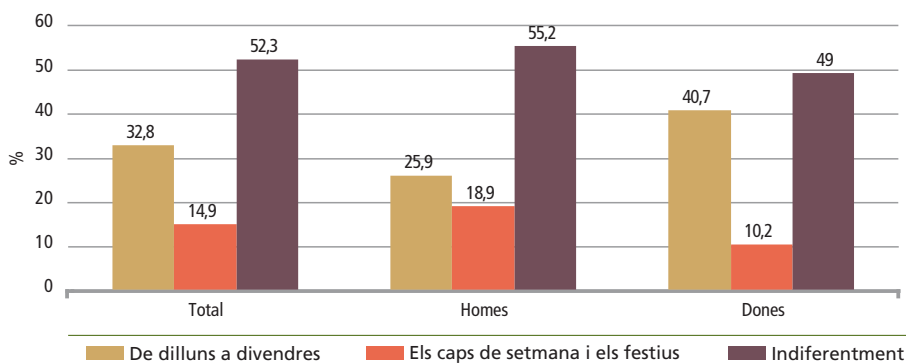
5.1. Dia de la setmana habitual de la pràctica esportiva entre els practicants d'esport

L'enquesta s'adreçava, en aquest cas, als qui havien respost afirmativament la pregunta si practicaven algun esport. A aquestes persones els demanaven, en termes d'una setmana estàndard, quan feien esport. Val a dir, però, que no es pretenia saber quin dia concret de la setmana es feia l'activitat, sinó distingir entre qui feia esport els caps de setmana o dies festius, els dies feiners o, indiferentment, al llarg de la setmana.

Entre el conjunt de la població, sembla que la pràctica esportiva es fa, majoritàriament, de manera indistinta durant la setmana, i així és per a més de la meitat de la població (52,3%). La segona opció per freqüència, amb un terç de la població que fa esport, és la de la pràctica durant els dies feiners. I, finalment, tot i que també és important,

ja que arriba a prop d'un 15% de la població, hi ha un grup que, probablement per motius laborals, professionals o formatius, només en practica els caps de setmana i els dies festius.

Gràfic 15 | Dia habitual de la pràctica esportiva entre els qui practicaren esport en el darrer any, per sexe. 2020

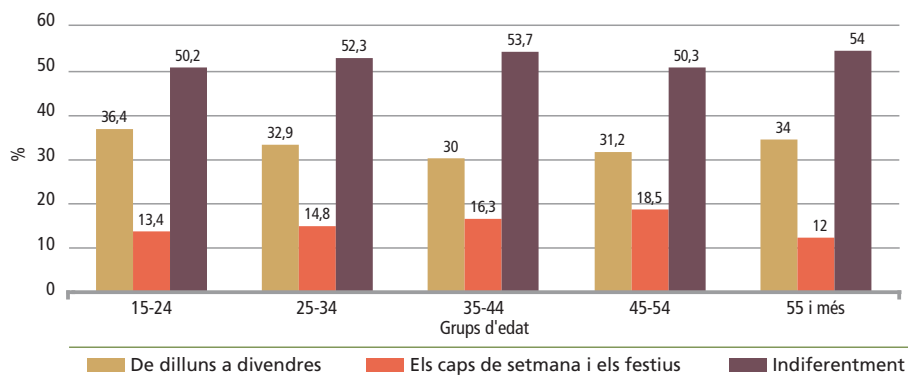


Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Hi ha fortes divergències quant al sexe i al moment de la setmana de fer esport. Les dones fan molt menys esport els caps de setmana de manera exclusiva que els homes (un 10,2% enfront d'un 18,9%), mentre que entre les dones la pràctica esportiva de dilluns a divendres adquireix un especial protagonisme (un 40,7% de les dones i només un 25% dels homes, fan esport exclusivament de dilluns a divendres). Això indica que hi ha uns patrons molt diferents entre els homes i les dones segons el dia de la setmana de la pràctica esportiva: els homes tenen més llibertat i possibilitat de fer esport quan volen que les dones.

La distribució per grups d'edat és molt similar i estable. En relació amb el grup que ens interessa, el de 55 anys i més, adquireix un poc més de protagonisme la realització d'esport de manera indistinta durant la setmana (54%). Això és perquè són persones que ja han deixat l'activitat laboral i tenen més temps disponible per dedicar a les activitats d'esbarjo i temps lliure, entre les quals s'inclou la pràctica esportiva. Així mateix, en aquest grup d'edat, més d'una tercera part fa esport els dies feiners, sobretot perquè dediquen els caps de setmana a altres tasques familiars (reunions, dinars...) o a altres activitats socials (excursions, trobades amb amics...), i presenta el percentatge més baix de realització (12%).

Gràfic 16 | *Dia habitual de la pràctica esportiva entre els qui practicaren esport, per grup d'edat. 2020*

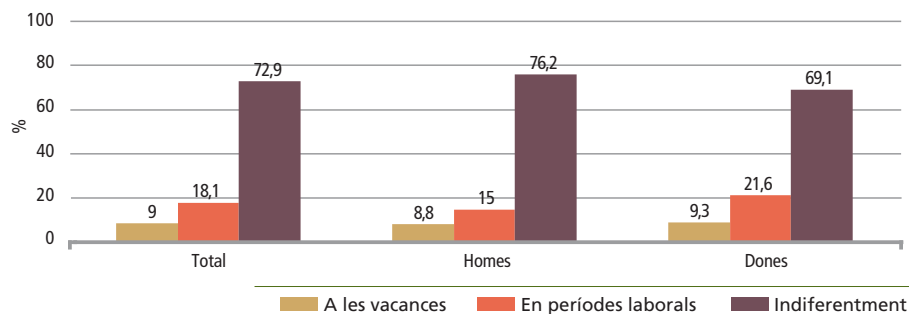


Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

5.2. Època de l'any en què es realitza la pràctica esportiva

Novament, la pregunta s'adreçava, com és lògic, a aquells qui feien esport. En aquest cas, es volia esbrinar si hi havia preferències en la realització en relació amb l'època de l'any, segons si es compatibilitzava amb activitats laborals o no. Per això, els demanaven si feien esport durant les vacances, en períodes laborables o indistintament.

Gràfic 17 | *Època de l'any de la pràctica esportiva entre els qui practicaren esport en el darrer any, per sexe. 2020*

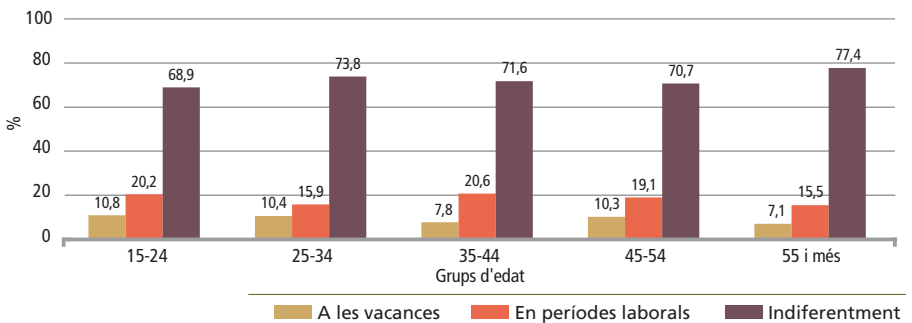


Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Les dades ens permeten afirmar que la població esportista practica esport durant tot l'any, amb independència de si són períodes laborals (la major part de l'any, evidentment) o de vacances. Així, poc menys del 75% de la població esportista no té preferència per un període o un altre i, tant si és durant les vacances com la resta de l'any, compatibilitza l'esport i la vida laboral. En segon lloc, per ordre d'importància, poc menys de dues de cada deu persones fan només esport durant els períodes laborals, i, finalment, l'opció menys indicada és la d'aquells qui només fan esport durant les vacances. Això és, d'altra banda, lògic, ja que, com hem vist, els practicants d'esport en fan bastant sovint i haver d'esperar a tenir vacances per fer-ne no seria compatible amb una freqüència destacable.

Novament, hi ha algunes diferències entre sexes. Els percentatges són més elevats entre els homes si ens fixam en la pràctica d'esport durant qualsevol època de l'any (76,2%) i més baixos entre les dones (69,1%). Elles, però, solen fer-ne més en els períodes laborals, sobretot, com hem dit, per una certa distribució de rols socials, que fa que hagin de dedicar a la família un temps que no poden dedicar a altres activitats, com ara l'esport.

Gràfic 18 | *Època de l'any de la pràctica esportiva entre els qui practiquen esport, per grup d'edat. 2020*



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Novament, com és lògic, el grup de més edat presenta el percentatge més elevat pel que fa a la pràctica esportiva indistintament en qualsevol època de l'any (77,4%). La situació de jubilació d'una part dels membres d'aquest col·lectiu (població de 55 anys i més) fa que s'esborrin, en bona part, les diferències entre les èpoques de l'any en relació amb l'activitat laboral, per la qual cosa també presenten uns percentatges més baixos els qui només fan esport per vacances o durant els períodes laborals.

6. Caracterització de la pràctica esportiva

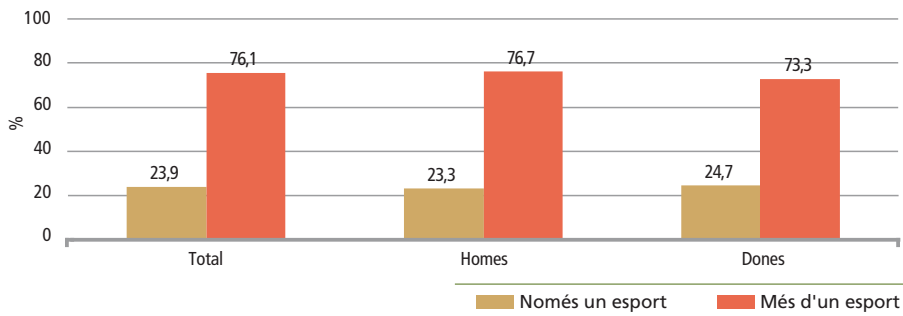
En aquest epígraf hem reunit algunes de les característiques que tenen interès per conèixer millor la pràctica esportiva realitzada. Analitzarem tres qüestions principals: multiplicitat esportiva, tipus d'esport i participació en competicions.

6.1. Multiplicitat esportiva

Amb «multiplicitat esportiva» ens referirem, simplement, a la qüestió si els practicants d'esport participen en una o en més d'una disciplina esportiva.

Aquí, i sense dissemblances apreciables quant a sexe, la població que fa esport en practica més d'un amb molta freqüència. En aquesta situació trobaríem tres de cada quatre esportistes enquestats.

Gràfic 19 | *Quantitat d'esports practicats pels qui realitzen pràctiques esportives, per sexe (%). 2020*



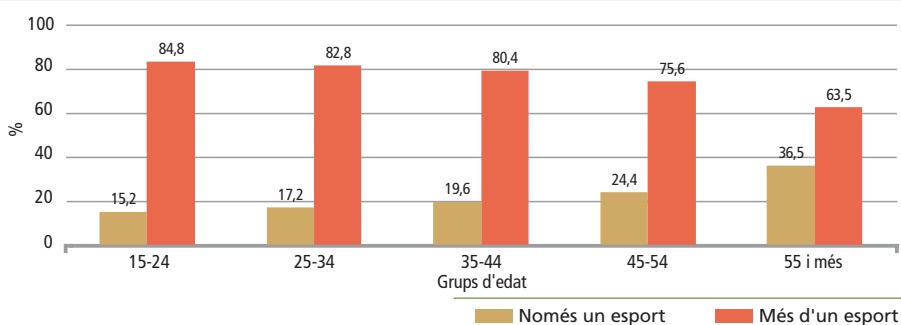
Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

En canvi, la disparitat en relació amb l'edat és molt clara: hi ha una relació inversa entre l'edat i la pràctica de més d'un esport. Dit d'una altra manera: a mesura que pugem en els grups d'edat analitzats, és molt més freqüent que els esportistes se centrin en un únic esport i deixin, progressivament, els altres.

Això no vol dir, ni prop fer-s'hi, que hi hagi poques persones de 55 anys i més que facin més d'un esport (més del 60% en practiquen més d'un). Aquesta xifra, però, està molt enfora dels percentatges de participació en múltiples disciplines que mostra el grup de més joves (prop del 85%) i es redueix progressivament, però sobretot a partir dels 45 anys i de manera més clara en el grup de més grans, com hem indicat. Òbviament,

l'anàlisi de realització de només un esport indica aquesta situació, però vista des de la pràctica d'una única disciplina esportiva. Així, mentre aquesta situació només es produeix en un 15% dels esportistes que tenen entre 15 i 24 anys, aquesta xifra es duplica en el grup de més edat, en què més d'un terç dels esportistes de més de 55 anys només fa un esport.

Gràfic 20 | *Quantitat d'esports practicats pels qui realitzen pràctiques esportives, per grup d'edat (%). 2020*



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

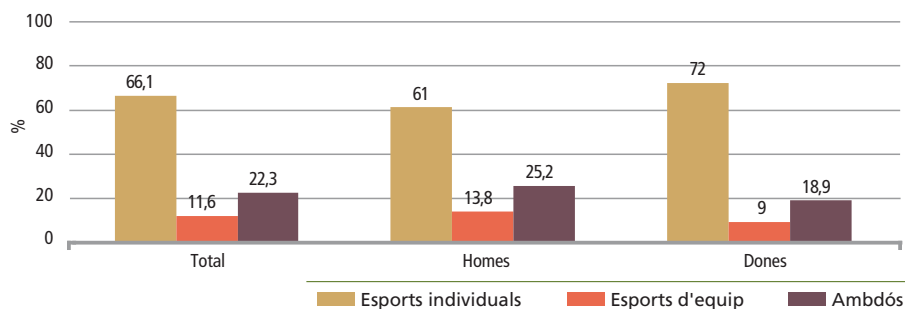
6.2. Esports individuals vs. esports col·lectius

Un altre aspecte que pot resultar interessant és saber la tipologia de l'esport practicat, això és, si es tracta d'esports individuals o col·lectius. Els esports individuals són aquells en què la persona que els practica no necessita l'acompanyament d'altres per competir, o que no necessita que hi intervingui ningú més, sigui per millorar l'estat de forma o per superar els reptes que s'hagi marcat (millorar la velocitat de cursa, córrer més temps, fer un recorregut de golf amb menys cops, etc.). Serien esports individuals córrer, golf, tennis...

Contràriament, els esports col·lectius requereixen formar equips d'un nombre variable de membres, que poden arribar a ser molts (per exemple, per jugar un partit de futbol, es necessiten 22 jugadors al camp, a més dels reserves, i, si és el cas, l'àrbitre de camp i els dos de línia), i disposar d'unes instal·lacions específiques (camp de futbol, pista de bàsquet, etc.). Per això, requereixen més esforç d'organització i capacitat d'adaptació dels esportistes als horaris comuns de la pràctica esportiva i a la disponibilitat de les instal·lacions. Els esports col·lectius més coneguts en el nostre entorn són el futbol, el futbol sala, el bàsquet, l'handbol, el voleibol o el waterpolo, per esmentar-ne alguns exemples.

En aquesta variable, es revelen diferències importants, tant pel que fa al sexe com a l'edat de les persones esportistes.

Gràfic 21 | Participació en esports individuals o d'equip entre els practicants d'esport en el darrer any, per sexe. 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

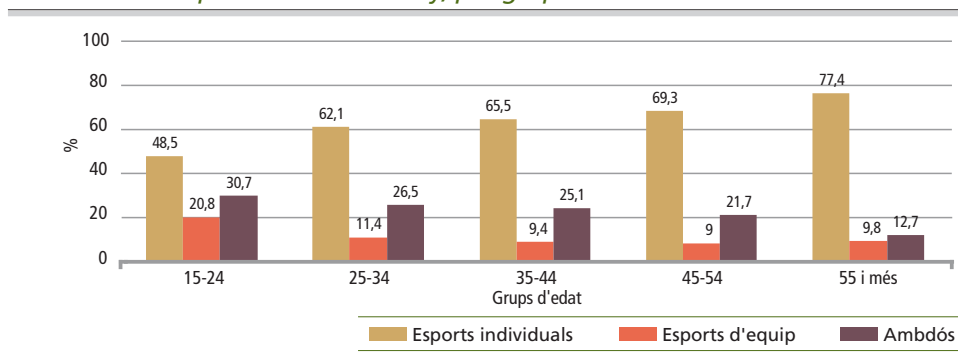
Pel que fa al sexe, és molt més comú que les dones practiquin exclusivament esports individuals que els homes. Aquí segurament podríem veure una bretxa de gènere rellevant en la consideració social dels esports d'equip. Fins fa molt poc, els mitjans de comunicació gairebé no dedicaven gens d'atenció a les competicions femenines d'esports col·lectius, com ara el bàsquet o el futbol. Aquesta manca d'atenció dels mitjans, a més, provocava (i encara provoca) una manca de finançament, que fa que moltes dones hagin de compatibilitzar l'esport al més alt nivell amb una altra professió, i que fins i tot hagin d'abandonar l'esport per la impossibilitat de poder dedicar-hi el temps necessari i subsistir. Una situació ben contrària és la dels esports col·lectius masculins, en què els sous arriben a ser astronòmics i el sou mitjà d'un únic jugador dels més desconeguts supera amb molta facilitat el que percep tot un equip femení del més alt nivell. A tot això s'afegeix la diferent consideració social que tenen els practicants de determinats esports, com el futbol, segons el sexe de qui el practica, que no cal dir que és positiva en el cas dels homes i negativa en les dones. Sigui com sigui, afortunadament les coses canvien: darrerament, es fan més transmissions d'esports col·lectius femenins, augmenten les retribucions que perceben les dones (encara molt inferiors a les dels homes) i permeten parlar d'una certa professionalització; fins i tot, les federacions esportives nacionals han començat, si no a equiparar, sí a reduir els marges entre les gratificacions per sexe existents per representar l'Estat en competicions internacionals. La Federació Espanyola de Futbol acaba de signar un contracte amb les representants del futbol femení (juny de 2022) per equiparar els percentatges de repartiment de primes i drets d'imatge dels equips masculí i femení en les competicions internacionals. Però això no

implica igualtat de retribucions, ja que el percentatge s'aplica al que destinen la FIFA i la UEFA a les competicions, i el contrast és molt marcat entre el que destinen als homes i a les dones (per exemple, la UEFA destina a les competicions masculines un pressupost vint vegades superior al de les femenines). Queda molt de camí per recórrer en aquest sentit i molt d'espai per reduir i, finalment, eliminar aquesta bretxa de gènere. Amb la millora de la consideració social de l'esport femení és més que probable que les xifres de dones esportistes augmentin amb el temps.

En termes percentuals, només un 28% de les dones practica esports en equip, ja sigui exclusivament en equips (9%) o combinant-ho amb esports individuals (18,9%), mentre que entre els homes aquest percentatge s'acosta a un 40%, amb un 13,8% i un 25%, respectivament. Per tant, hi ha una diferència percentual considerable de quasi un 12%, que incrementa, contràriament, el pes percentual dels qui practiquen únicament esports individuals, amb un clar predomini femení (un 72% contra un 61% dels homes).

En tot cas, hem de destacar que les modalitats esportives més practicades, per les dificultats organitzatives i d'espai específic, són les d'esports individuals, ja siguin en espais tancats (per exemple, gimnasos) o oberts (per exemple, córrer per parcs o pels carrers de les ciutats).

Gràfic 22 | *Participació en esports individuals o d'equip entre els practicants d'esport en el darrer any, per grup d'edat. 2020*



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Pel que fa a la variable edat en relació amb si es practiquen esports individuals o col·lectius, el contrast és encara molt més clar. Tant és així que, en els grups d'edat més joves (entre els 15 i els 24 anys), és més comú practicar algun esport col·lectiu, ja sigui només practicant-ne d'equip (20,8%) o combinat amb esports individuals (30,7%), que només practicar-ne algun d'individual (48,5%).

A partir dels 25 anys, la participació exclusiva en esports d'equip cau molt ràpidament i representa entorn d'un 10% de tots els grups d'edat posteriors, el de més edat inclòs.

Pel que fa a les persones que practiquen tant esports d'equip com individuals, el percentatge baixa a partir dels 25 anys i fins als 44 anys entorn d'un 25% i, a partir d'aquí, disminueix novament, fins a experimentar un fort descens en el grup de més edat. Així, només un 12,7% de les persones de 55 anys i més practica esports individuals i col·lectius de manera simultània.

En definitiva, podem dir que, com més anys té el practicant, es redueix tant la participació exclusiva en esports d'equip i la pràctica simultània d'aquests esports amb els individuals, i se centra només en la pràctica d'esports individuals. Així, prop de vuit de cada deu persones de 55 anys i més practiquen esports només individuals, quan aquest percentatge no arribava al 50% entre els més joves i se situava entre el 60 i el 70% en el grup d'edat inferior.

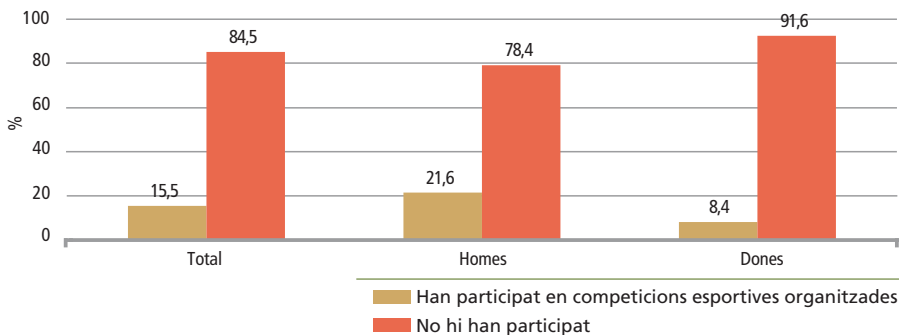
La complexitat de la vida laboral, personal i familiar a mesura que passen els anys, juntament amb les dificultats organitzatives, d'agenda i altres factors, com deixar l'àmbit de les competicions esportives, explicarien aquestes diferències percentuals lligades a l'edat.

6.3. Participació en competicions esportives

La participació en competicions esportives, a diferència dels esports que es fan amb una finalitat purament recreativa, implica rivalitzar amb altres persones (si es practica individualment) o amb altres equips (si són esports col·lectius). Així mateix, implica una reglamentació estricta, uns calendaris concrets i una complexitat operativa i organitzativa molt més gran. De la competència s'obté una classificació, es declara un guanyador i s'atorga algun tipus de reconeixement, ja sigui de tipus econòmic, ja sigui un trofeu, medalla, certificat o diploma. En alguns casos, la recompensa pot ser molt elevada, com en el tennis, en què la victòria solament en un dels tornejos més importants pot significar fins a tres milions d'euros per al guanyador. Les competicions poden tenir durades considerables, com ara els campionats nacionals de futbol, que es perllonguen durant pràcticament tot l'any, excepte els mesos d'estiu. A més a més, s'hauria de distingir entre competicions esportives professionals, reservades a alguns privilegiats, i les d'aficionats, en les quals els participants lluiten per la satisfacció de la victòria més que per obtenir cap recompensa material.

La primera afirmació que podem fer és que la gent que practica esport ho fa majoritàriament de manera no competitiva. Així, prop del 85% dels esportistes practiquen esport no competitiu.

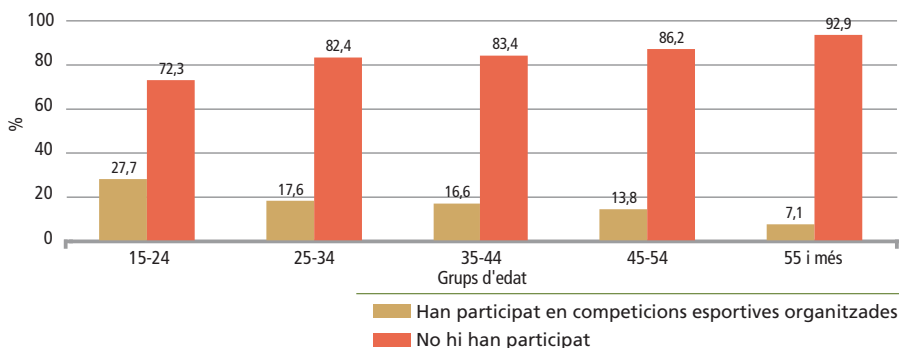
Gràfic 23 | Participació en competicions esportives organitzades entre les persones practicants d'esport, per sexe (%). 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Per sexe, novament detectam diferències importants. Així, mentre que un de cada cinc homes participa en esports competitiu, la proporció de dones és de menys d'una de cada deu. Pensem que aquesta desproporció és, en bona part, cultural i conseqüència de considerar l'esport en general i el competitiu en particular una pràctica essencialment masculina. I així ha estat durant una bona part del període franquista i igualment durant una bona part dels primers decennis constitucionals. Afortunadament, que hi hagi més consciència que calen polítiques actives de gènere i de determinades discriminacions positives també en l'àmbit de l'esport ha fet que la situació millori, encara que sigui lentament.

Gràfic 24 | Participació en competicions esportives organitzades entre les persones practicants d'esport, per grup d'edat (%). 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Si les desigualtats per sexe són rellevants en la participació en competicions esportives organitzades, ho són encara molt més quan analitzam la variable edat.

Novament, són sobretot els més joves els qui participen en competicions esportives. Així, aproximadament un 28% dels joves que tenen entre 15 i 24 anys competeixen. A mesura que pujam en els grups d'edat, aquest percentatge es redueix de manera destacable fins a superar per poc un de cada deu en el grup de 45 a 54 anys, i a no arribar a aquesta xifra en el grup de més edat (un 7,1% entre els de 55 anys i més). Entre els 25 i els 44 anys, la xifra de participants en competicions esportives es manté en uns nivells intermedis (entre un 16,6% i un 17,6%), és a dir, entre els màxims dels juvenils i els mínims dels esportistes sèniors.

La pèrdua d'interès pel reconeixement de la competició, les limitacions físiques derivades de l'envelliment, amb vista a competir amb persones més joves o a millorar les marques personals, la inexistència de competicions adaptades als grups d'edat o altres circumstàncies vitals i familiars explicarien aquestes diferències.

6.4. Els esports més practicats

En aquesta ocasió, l'enquesta només ens permet conèixer les modalitats esportives més practicades pel conjunt de la societat i analitzar si hi ha divergències en l'esport practicat a causa de l'edat.

Hem reduït la llista als esports en què participa més d'un 5% del total de la població i un 3% en el cas dels practicants de 55 anys o més.

Entre la població més gran considerada (55 anys i més), destaquen la pràctica de la gimnàstica suau (més de la meitat del col·lectiu en fa), el senderisme i muntanyisme (més d'un 30%), el ciclisme (25,5%) i les curses a peu, córrer o marxa, amb prop d'un 20%, o la natació (19,1%). Altres esports en què destaca la participació del col·lectiu de més edat, no tant pel percentatge assolit, sinó pel fet que presenten percentatges que superen els d'altres grups d'edat (a banda del senderisme), serien la pesca (4,7% del col·lectiu), la caça (3,6%) i el golf o similars (3,1%).

La població més jove (de 15 a 24 anys) presenta uns percentatges molt més elevats en la participació en esports d'equips, com el futbol (31,6%) o el bàsquet (20,8%), o en esports d'intensitat elevada i adreçats a afavorir l'aspecte físic i el desenvolupament muscular, com la gimnàstica intensa (39,7%), la musculació i l'halterofília (32,5%), o activitats físiques amb música (19,6%). Altres esports individuals, lligats o no a la competició, com el tennis i el pàdel, també presenten els percentatges més elevats de tots els grups d'edat considerats, tot i que amb percentatges més baixos que les modalitats esportives indicades.

Taula 1 | *Percentatge de persones que practicaren esport en el darrer any per modalitat esportiva i grup d'edat. 2020*

Esport	Total dels practicants	15-24 anys	25-54 anys	55 anys i més
Futbol 11 i futbol 7	14,1	31,6	13,7	4,5
Futbol sala i futbol platja	7,2	15,9	7,2	2
Bàsquet	8,9	20,8	8,5	2,5
Patinatge o monopatí	6	13	5,9	2
Ciclisme	31,3	34,1	33,3	25,5
Tennis	7,2	10,9	7,4	4,4
Pàdel	11,3	15,4	13,5	3,9
Golf, pitch-and-putt, minigolf	2,2	2,6	1,6	3,1
Natació	18,4	21,1	17,4	19,1
Activitats subaquàtiques	4,3	5,7	4,4	3,1
Esports d'hivern	4,4	6,7	4,5	3
Senderisme, muntanyisme	26,5	21,1	26,1	30,8
Carrera a peu, running, marxa	25,9	25,1	29,2	19,5
Caça	2,4	2,2	2	3,6
Pesca	3,9	4,5	3,4	4,7
Escacs	4,8	7,7	4,4	4
Gimnàstica suau	48	47,3	47	50,5
Gimnàstica intensa	31,2	39,7	35,6	16,6
Una altra activitat física amb música	12,8	19,6	13,7	6,5
Musculació, halterofília	19,7	32,5	21,8	7,6
Un altre esport	13,9	13,8	12,4	17,1

Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Atenció, només hem presentat les modalitats esportives més freqüents (>5% del total dels qui practicaren esport i >3% dels practicants de 55 anys i més)

En general, podríem dir que hi ha una relació entre l'edat i la realització d'activitats esportives menys competitives i adaptades a la capacitat física de les persones (gimnàstica suau, senderisme, natació no competitiva, golf...), que, en molts casos, pretenen mantenir un bon estat físic i de salut.

7. Entorn i espais utilitzats per fer esport

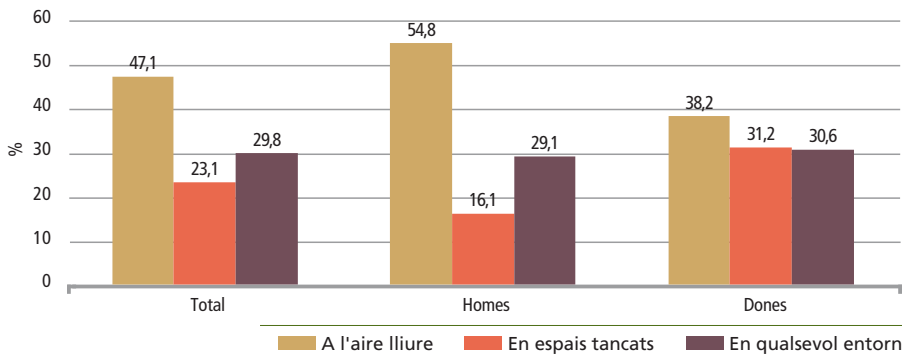
Conèixer com és l'espai en què es fa esport també ens pot ajudar a conèixer millor les característiques, el tipus de pràctica esportiva de la població en general i intentar descobrir si s'hi detecten bretxes de sexe o edat.

L'enquesta planteja tres anàlisis. En primer lloc, si hi ha preferències de fer esport a l'aire lliure o si contràriament la pràctica es duu a terme en espais tancats; en segon lloc, fins a quin punt es relaciona la pràctica esportiva amb l'activitat laboral o educativa i amb els trajectes que hi condueixen, o si, contràriament, es fa a casa i, finalment, l'ús d'instal·lacions específiques o espais concrets.

7.1. L'entorn de la pràctica esportiva: aire lliure vs. espais tancats

Pel que fa als resultats generals, podem dir que poc menys de la quarta part de les persones que practiquen esport es decanten per entorns exclusivament tancats (23,1%); prop del 50% (47,1%) en fan a l'aire lliure, i entorn a una tercera part (29,8%) fan esport tant en espais tancats com a l'aire lliure.

Gràfic 25 | Entorn en què es desenvolupa la pràctica esportiva dels qui practicaren esport en el darrer any, per sexe. 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

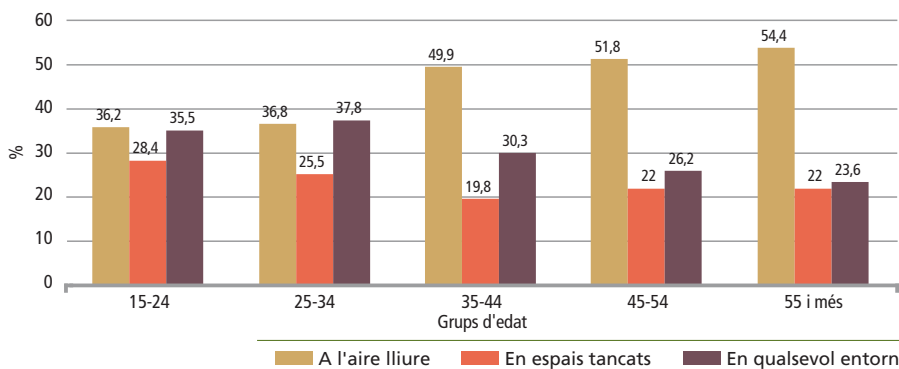
Aquests resultats són previsibles, ja que hi ha disciplines esportives molt freqüents al nostre entorn que es fan de manera exclusiva o gairebé exclusiva a l'aire lliure (futbol, golf, tir, caça, córrer, muntanyisme...). Fins i tot, a partir de la pandèmia és freqüent veure grups que fan esport a l'aire lliure —moltes vegades en espais públics—, activitats esportives que abans es feien només en espais tancats (gimnàstica, musculació...). Contràriament, hi ha altres activitats que gairebé sempre es fan en espais tancats, com les arts marcials i moltes d'altres que, tot i que es poden fer a l'aire lliure, moltes vegades s'organitzen a l'interior de poliesportius, com ara el bàsquet, futbol sala, voleibol...

Si ens regim per la variable sexe, hi ha diferències destacables. El percentatge de dones que practiquen esport en espais tancats gairebé duplica el d'homes (31,2% i 16,1%, respectivament). Així mateix, aquest contrast, però al contrari, és evident en les activitats a l'aire lliure: més de la meitat dels homes (54,8%) fan esport només en aquest entorn, mentre que les dones són un 38,2%.

Les xifres d'homes i de dones que combinen la pràctica esportiva a l'aire lliure i en entorns tancats són gairebé coincidents, entorn d'un 30%.

Probablement, aquesta variació sigui a conseqüència de la diversitat de disciplines esportives practicades segons el sexe, ja que és més freqüent la participació d'homes en activitats competitives i en esports a l'aire lliure (per exemple, futbol). Per part seva, un percentatge més elevat de dones que d'homes fa activitats físiques (gimnàstica, musculació, esports amb música...) en entorns tancats, com ara gimnasos, equipaments municipals destinats a activitats veïnals o poliesportius coberts.

Gràfic 26 | Entorn en què es desenvolupa la pràctica esportiva dels qui practiquen esport en el darrer any, per grup d'edat. 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Pel que fa a l'edat i al medi de la pràctica esportiva, també es detecten diferències significatives. La primera és que el percentatge més elevat de població que practica esport exclusivament a l'aire lliure l'assoleix el grup de més edat (55 anys i més), amb un 54,4%, mentre que, en espais tancats exclusivament i sobretot en ambdós entorns, assoleix un percentatge més baix.

Aquests valors són lògics, si pensam que molts dels esports practicats majoritàriament per la població de més edat són exclusius d'espais oberts, com el senderisme i el

montanyisme o el ciclisme. N'hi ha d'altres que, tot i que no són massivament practicats, presenten uns percentatges més elevats que els d'altres grups d'edat, com ara la pesca, la caça, el golf i similars.

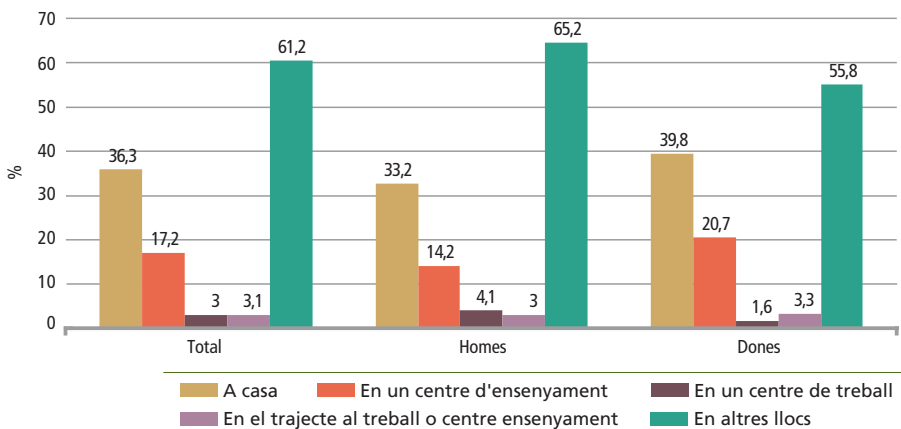
Contràriament, fins als 34 anys més d'una quarta part de la població practica esports exclusivament en entorns tancats i poc més d'un terç d'aquest col·lectiu en practica exclusivament a l'aire lliure. Posteriorment, es produeix un descens en l'edat de les activitats esportives en espais tancats i, sobretot, un augment considerable de l'esport practicat a l'aire lliure.

7.2. Fer esport a casa i en centres educatius o laborals i *in itinere*

Aquesta pregunta analitza si l'esport es fa a casa, en un centre educatiu o laboral, o durant el trajecte entre la llar i el centre educatiu.

La primera gran conclusió general és que una part important de la població, una mica més d'una tercera part (36,3%), fa activitats esportives a casa seva. No obstant això, l'opció majoritària, gairebé el doble que la xifra anterior, és no fer la pràctica esportiva ni a casa, ni al lloc d'estudi, ni de treball ni, per descomptat, *in itinere*, sinó en altres indrets (poliesportius, gimnasos, espais lliures), amb més del 61,2%.

Gràfic 27 | Lloc en què feren esport els qui en varen fer en el darrer any, per sexe. 2020

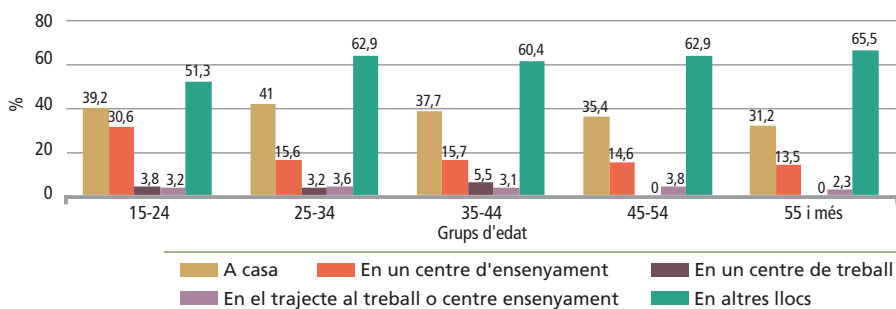


In itinere, és a dir, en el trajecte al lloc de treball o al centre d'ensenyament, hi ha poca gent que practiqui esport, només un 3%. Creiem que deu ser sobretot per la dificultat de canviar-se de roba i de dutxar-se abans de començar a treballar o de les sessions formatives. Malgrat tot, hi ha gent que ho fa compatible.

La pràctica esportiva en centres educatius és important, sobretot en els grups d'edat dels més joves: una tercera part dels que tenen entre 15 i 24 anys i fa esport recorre a aquestes instal·lacions (30,6%). Un 17,2% d'ells fa esport en centres educatius, i, després dels 24 anys, el percentatge baixa per reduir-se a la meitat en el grup dels 25 als 34 anys, i assoleix els mínims en els grups de més edat, en què cau al 13,5%. Si en els grups més joves potser aquesta activitat és motivada per la participació en actes esportius lligats a la formació docent general, probablement en els grups de més edat sigui perquè l'activitat esportiva està oberta a la gent de la barriada, i perquè els municipis i administracions públiques habiliten els espais per a aquesta finalitat. És la hipòtesi que plantejam.

La pràctica esportiva en centres de treball no és gaire freqüent (3% en el total de la població, amb un màxim d'un 5,5% en el grup de 35 a 44 anys), sobretot perquè molts de centres de treball no disposen d'equipaments esportius per als treballadors. Se'n poden trobar en grans empreses (gimnasos, pistes esportives...) o en instal·lacions en què els treballadors esperen per entrar en servei (bombers, policies...) i la preparació física es pot considerar part indispensable de la seva professió.

Gràfic 28 | Lloc en què feren esport els qui en varen fer en el darrer any, per grup d'edat. 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

El grup de més edat (55 anys i més) presenta un perfil prou característic en aquest sentit, amb un mínim de realització d'exercici a casa seva en comparació amb altres

grups, tot i que assoleix xifres prou importants (31,2%) i les màximes en altres llocs (65,5%), davant la reducció de les pràctiques esportives en altres tipus d'entorn.

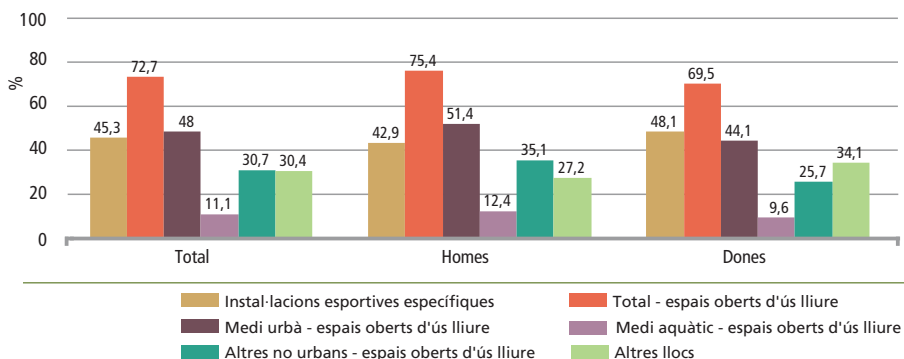
Quant al sexe, hem de dir que, com sempre, apareixen divergències eloqüents. Així, el percentatge de dones que fan esport a casa seva és més de sis punts superior al d'homes (39,8% enfront d'un 33,2%), i el mateix succeeix en la realització d'esport en centres escolars (20,7% enfront d'un 14,2%). Contràriament, la realització d'esport en centres de treball és molt més baixa (1,6% enfront d'un 4,1%), com també la realització d'esport en altres llocs no considerats, en què la diferència és inferior en prop de 10 punts (55,8% enfront del 65,2% d'homes).

7.3. Ús d'instal·lacions específiques

Un dels aspectes que també investiga l'enquesta és si es fan servir instal·lacions específiques per practicar-hi esport i si, a més, s'empren d'espais oberts d'ús lliure o si es fa en altres llocs (per exemple, una casa o altres elements que no entrin en les dues categories anteriors).

Un percentatge important de la població, pròxim al 50% (45,3%, en el conjunt de la població; 48,1%, entre les dones), fa servir instal·lacions específiques per practicar-hi esport. L'entorn més recurrent són espais oberts públics (72,7%), ja siguin urbans (el més comú, amb un 48% dels casos), no urbans (30,7%) o medis aquàtics d'ús públic (11,1%). En altres llocs es produiria poc menys d'una tercera part (30,4%) de les pràctiques esportives.

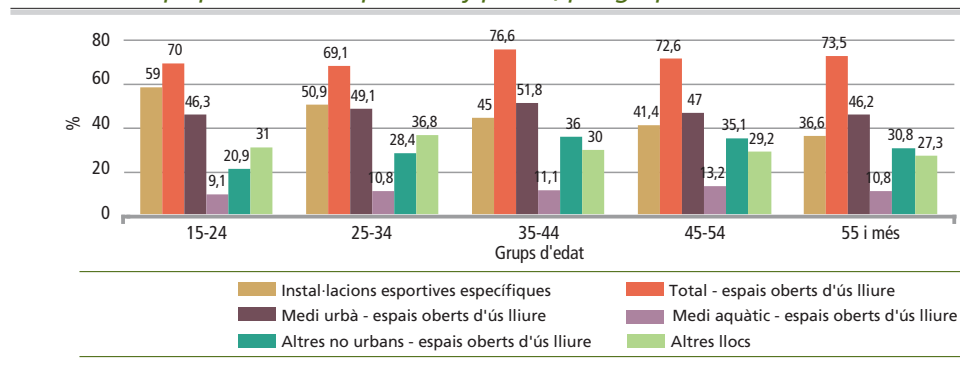
Gràfic 29 | *Tipus d'instal·lacions esportives específiques que solen utilitzar els qui practicaren esport l'any passat, per sexe. 2020*



Per sexe, hi ha un percentatge de més de 5 punts en la pràctica esportiva de les dones en instal·lacions específiques, mentre que els percentatges d'activitat en els espais oberts és superior al dels homes, principalment en els no urbans i urbans.

Per edat, detectam principalment una tendència molt clara a reduir l'activitat en instal·lacions específiques a mesura que puja l'edat dels practicants. Així, mentre que aproximadament sis de cada deu esportistes que tenen entre 15 i 24 anys fan esport en aquest tipus d'instal·lacions, poc més d'un de cada tres n'hi fa a partir dels 55 anys.

Gràfic 30 | Tipus d'instal·lacions esportives específiques que solen utilitzar els qui practiquen esport l'any passat, per grup d'edat. 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Hi ha altres hàbits que no són tan clars, però sembla que, amb l'edat, hi ha una certa tendència a fer més pràctica esportiva en medis oberts i que, després del medi urbà, que és on principalment es fa, l'ús d'espais oberts no urbans adquireix protagonisme.

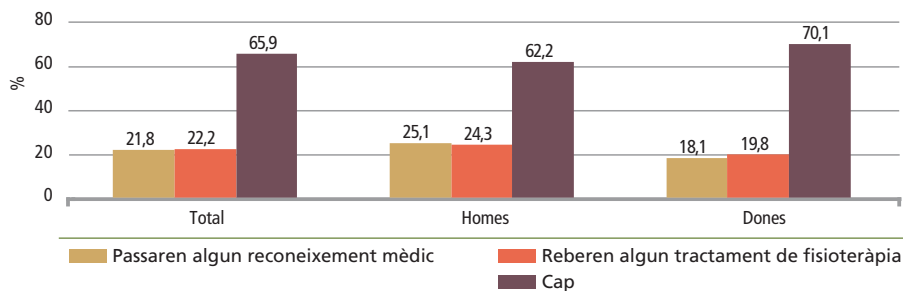
8. Controls mèdics i tractaments de fisioteràpia entre els practicants d'esport

Un dels aspectes que ens poden interessar és saber quin percentatge de les persones que fan activitats esportives han passat algun tipus de reconeixement mèdic per prevenir problemes lligats a l'estat físic abans de fer esport o durant la pràctica esportiva, o que han rebut algun tractament de fisioteràpia per resoldre algun problema sobrevingut.

A priori, abans de veure els resultats de l'enquesta, podríem pensar que seria lògic que fos molt freqüent entre els practicants d'esport fer-se reconeixements mèdics de

caràcter rutinari com a mesura bàsica de prevenció. També podríem pensar que fer-se algun tipus de reconeixement i haver rebut algun tractament fisioterapèutic va lligat a l'edat. Res més enfora de la realitat.

Gràfic 31 | *Reconeixements mèdics i sessions de fisioteràpia entre els practicants d'esport l'any passat, per sexe. 2020*



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

En primer lloc, l'enquesta revela que la situació més freqüent entre els practicants d'esport és que ni hagin passat cap mena de reconeixement mèdic ni tampoc que hagin rebut cap tractament de fisioteràpia (66%). Només un de cada cinc ha passat algun reconeixement mèdic (21,8%) i una proporció molt similar (22,2%) ha rebut algun tractament fisioterapèutic.

En segon lloc, quant al sexe, detectam algunes diferències prou significatives. Les dones presenten percentatges superiors de no fer-se proves mèdiques ni tractaments de fisioteràpia (70,1% enfront del 62,2% dels homes) i és especialment significatiu el dels reconeixements mèdics (un de cada quatre homes se'n feren algun, mentre només un 18,1% de les dones passaren un reconeixement d'aquest tipus).

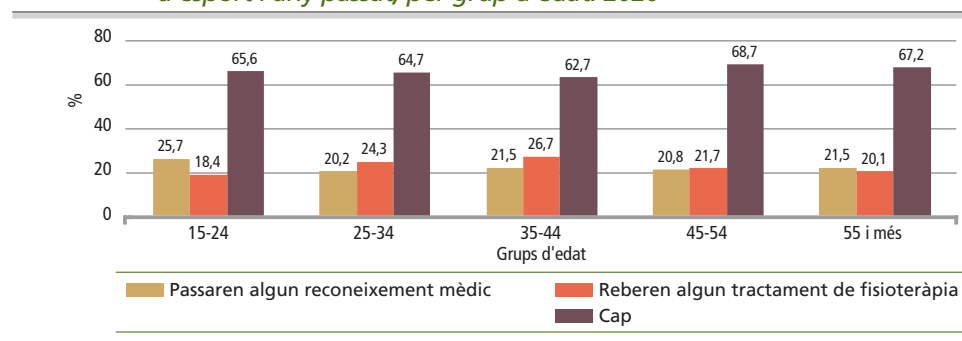
Finalment, pel que fa a l'edat, podem establir algunes conclusions, a priori potser inesperades. A banda que els percentatges són molt similars en tots els grups d'edat, destaca que les xifres més elevades de practicants d'esport que passaren algun reconeixement mèdic són dels grups d'edat més joves (15 a 24 anys), mentre que aquest mateix grup, contràriament, presenta el percentatge més baix de tractament fisioterapèutic.

La resta de grups tenen percentatges de reconeixements mèdics que oscil·len entre un 20,2% i un 21,5%, és a dir, aproximadament una de cada cinc persones prac-

ticants d'esport, incloses les de 55 anys i més (21,5%), passen un reconeixement mèdic.

Pel que fa als tractaments fisioterapèutics, els màxims es registren entre els 35 i 44 anys (26,7%), i, immediatament darrere el grup més jove, amb els percentatges més baixos sobresurt la població de més edat enquestada (55 anys i més), amb un 20,1%.

Gràfic 32 | Reconeixements mèdics i sessions de fisioteràpia entre els practicants d'esport l'any passat, per grup d'edat. 2020



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Al cap i a la fi, aquestes dades potser no són tan sorprenents, en realitat. Moltes vegades, la pràctica esportiva entre els grups més joves va lligada a activitats competitives i a l'estructura de les entitats esportives. En el cas d'esports col·lectius, s'apliquen protocols que inclouen reconeixements mèdics per saber quin és l'estat de salut dels esportistes, els quals, a més, tenen a la seva disposició equips amb fisioterapeutes. També és lògic pensar que, si moltes vegades els joves tenen més facilitat de recuperació, siguin els adults joves i de mitjana edat els qui recorrin amb més freqüència a tècniques fisioterapèutiques per recuperar-se després d'esforços intensos o millorar alguna lesió muscular, més habitual en fer sobreesforços i en començar a patir processos d'envelliment. La menor taxa de fisioteràpia en adults grans i en els col·lectius de més edat s'explica perquè ja han adaptat l'activitat esportiva a la seva capacitat física i han reduït en bona part la seva participació en activitats competitives. Aleshores, duen a terme activitats esportives de manera més tranquil·la, en entorns més lligats al gaudi del medi i en entorns oberts, i amb finalitats de gaudi i millora de l'estat físic, però sense l'exigència de les generacions més joves.

La baixa taxa general de fer-se algun reconeixement mèdic segurament té a veure amb la manca de cultura de la medicina preventiva. Aquesta desconexió encara

és molt més clamorosa amb relació a l'assistència als fisioterapeutes, els quals moltes vegades es consideren necessaris només després d'accidents o de lesions greus (rehabilitació) i no com a professionals lligats a la pràctica esportiva i a l'activitat física habituals.

En definitiva, respecte del grup que centra principalment el nostre interès, podem dir que, entre la població de més edat practicant d'esport, només una de cada cinc persones ha superat algun reconeixement mèdic i un percentatge molt similar (1,4% inferior) ha rebut algun tractament de fisioteràpia. Probablement, una de les conclusions de l'enquesta seria que s'ha de potenciar entre les persones practicants d'esport i, particularment entre les de més edat, la realització de reconeixements mèdics previs i específics per avaluar-ne l'estat físic general i evitar-los problemes greus derivats de pràctiques esportives incompatibles. Així mateix, també seria necessari potenciar la tasca de la fisioteràpia lligada a l'esport, no només en tasques de recuperació de lesions, sinó de manteniment de l'estat físic i de recuperació després d'esforços intensos.

9. Anàlisi de l'activitat física global: caminar i fer esport

L'enquesta investiga no només la pràctica esportiva, sinó també altres hàbits que poden influir en l'estat físic i la bona salut de la població, com anar a caminar amb la finalitat de millorar o mantenir l'estat físic.

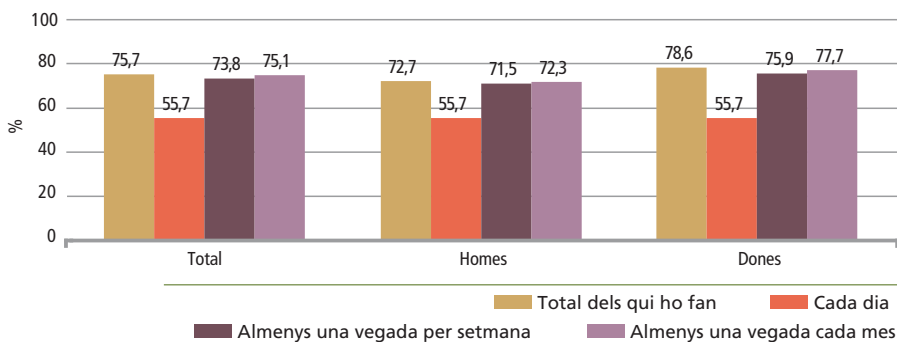
Així mateix, l'enquesta investiga la combinació de la pràctica esportiva i la deambulació amb finalitat de millorar o mantenir el bon estat físic.

9.1. La pràctica de caminar almenys deu minuts seguits per millorar o mantenir l'estat físic

Tres de cada quatre persones enquestades afirmen que caminen almenys deu minuts seguits amb aquesta finalitat durant el període enquestat. Ara bé, aquest percentatge baixa de manera considerable quan se'ls demana si fan aquesta pràctica cada dia. Així, poc més de la meitat de la població ho fa (55,7%).

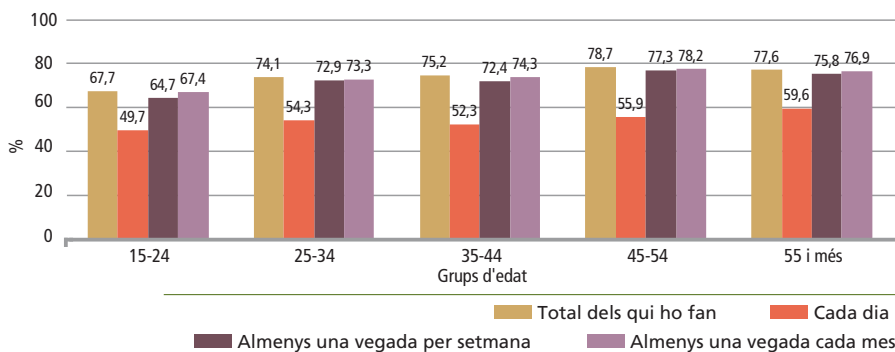
Per sexe, hi ha més dones que homes que caminen per millorar l'estat físic (78,6% enfront del 72,7%), però no hi ha desigualtats diàries, ja que el percentatge és idèntic. Cal cercar la diferència en el fet que aquesta pràctica es duu a terme amb més freqüència setmanalment, tot i que els percentatges són similars (75,9% de dones enfront del 71,5% d'homes).

Gràfic 33 | *Persones segons la freqüència amb què solen caminar o passejar almenys 10 minuts seguits per millorar o mantenir l'estat físic, per sexe. 2020*



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Gràfic 34 | *Persones segons la freqüència amb què solen caminar o passejar almenys 10 minuts seguits per millorar o mantenir l'estat físic, per grup d'edat. 2020*



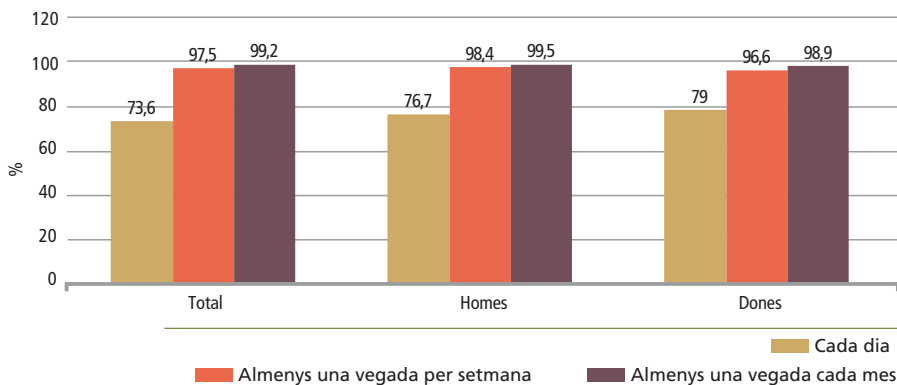
Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Per edat, podem afirmar que aquesta pràctica augmenta amb l'edat: el 67,7% dels joves que tenen entre 15 i 24 anys ho fan amb aquesta finalitat i prop del 80% dels grups de més edat (78,7% de les persones que tenen entre 45 i 54 anys i 77,6% de la població de 55 anys i més). El mateix succeeix amb les freqüències.

Val a dir que això no significa exactament que caminin menys els més joves. La pregunta és si ho fan amb la finalitat de millorar i mantenir l'estat físic. Una persona pot considerar que els desplaçaments que fa, malgrat que siguin a peu, són per altres motius pràctics, com anar als centres escolars o a treballar i, que, per tant, no tenen la finalitat de mantenir o millorar l'estat físic. D'això en parlarem a l'epígraf següent.

L'enquesta, a més, presenta l'estudi de freqüències referides específicament a aquells que afirmen que caminen almenys deu minuts seguits.

Gràfic 35 | *Persones que caminen o passegen almenys 10 minuts seguits per millorar o mantenir l'estat físic, per freqüència i sexe. 2020*

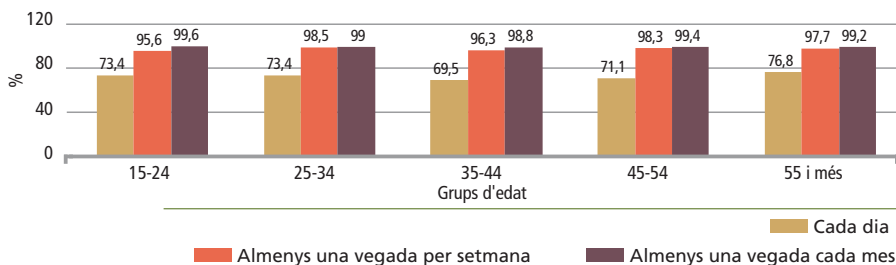


Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Podem afirmar, en primer lloc, que gairebé tres quartes parts de les persones que fan aquesta activitat deambulatòria amb la finalitat de millorar la salut, la duen a terme diàriament. Pràcticament, totes les persones que caminen ho fan, com a mínim, un dia a la setmana (97,5%). Per tant, les persones que tenen aquest hàbit el repeteixen amb una freqüència elevada. Això ens pot fer concloure que, si el grup de més edat generalitzàs aquest hàbit, milloraria l'estat de salut poblacional a partir d'una activitat física de baixa intensitat.

Per sexe, la variació disminueix en el grup dels qui caminen: les dones són les que amb una mica més de freqüència duen a terme aquesta activitat diàriament (79% enfront del 76,7%).

Gràfic 36 | *Persones que caminen o passegen almenys 10 minuts seguits per millorar o mantenir l'estat físic, per freqüència i grup d'edat. 2020*



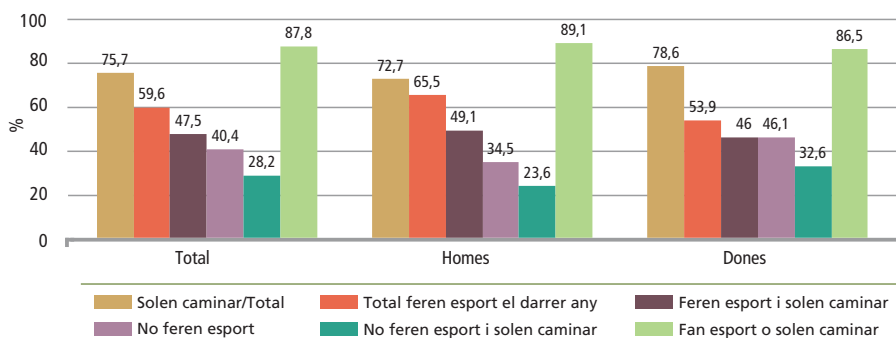
Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

Per grups d'edat, hi ha molta igualtat entre els grups analitzats. Té un percentatge més baix de freqüència diària el grup d'adults joves (35 a 44 anys), potser influït per la manca de temps derivada de les obligacions laborals i familiars, i el percentatge més elevat és el del grup de 55 anys i més (76,8%).

9.2. Combinar esport i l'activitat deambulatòria per millorar l'estat físic

Possiblement, una de les anàlisis més interessants de l'enquesta és la que planteja la combinació de la pràctica esportiva i de l'hàbit de caminar. No només s'avaluen de manera independent, sinó que també s'informa sobre les combinacions possibles entre aquests dos grups d'activitats, la qual cosa ens dona una imatge potser més real de l'activitat física general de la població.

Gràfic 37 | *Persones segons la pràctica d'esport i l'hàbit de caminar, per sexe. 2020*



Font: Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020), Ministeri de Cultura i Esport.

La conclusió principal —si ho volem plantejar en termes positius— és que una part molt important de la població o bé fa esport o bé sol sortir a caminar per millorar o mantenir l'estat físic. Ho fa el 87,8% de la població, amb uns percentatges lleugerament favorables als homes (89,1% i 86,5% de les dones).

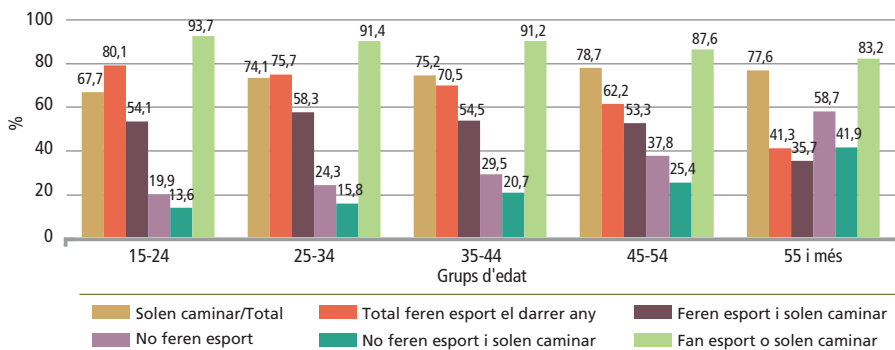
Ara bé, en una lectura en sentit contrari, que és la que pot treure a la llum un sector de la població sobre el qual cal incidir, hem de destacar que un 12% de la població espanyola (un 10,9% dels homes i un 13,5% de les dones) no fa ni esport ni camina per millorar la seva condició física.

Les diferències per sexe i activitat física són destacables, com hem vist al llarg de l'article. I les principals es troben en el percentatge de persones que fan esport, molt més elevat entre els homes (65,5%) que entre les dones (53,9%), i hi ha més dones que solen caminar (78,6%) que homes (72,7%), una proporció que no compensa el desequilibri anterior. Per tant, l'activitat física global dels homes per mantenir-se en bon estat de forma física és superior a la de les dones, com hem destacat en el primer paràgraf.

Encara molt més importants i significatives són les diferències detectades si ens regim pel paràmetre de l'edat.

El grup més jove enquestat (15 a 24 anys) presenta els percentatges més alts d'activitat global, entesa com la suma de l'esport i la pràctica de caminar amb finalitat de millorar o mantenir la forma física, amb un 93,7% del total. Aquesta proporció tan elevada s'assoleix principalment perquè l'enorme majoria de la població del grup practica esport (80,1%).

Gràfic 38 | *Persones segons la pràctica d'esport i l'hàbit de caminar, per grup d'edat. 2020*



La taxa d'activitat global disminueix amb l'edat: primer, de manera molt suau, i s'accentua a partir del grup de 45 a 54 anys (87,5% que fan esport o caminen) i arriba als mínims en el grup de la població de 55 anys i més (83,2% en total).

Es constata un fort descens de la pràctica esportiva a mesura que augmenta l'edat dels grups, de manera que la taxa de realització d'esport de la població de més edat (55 anys i més) gairebé és la meitat de la que presenta el grup més jove (un 41,3% de la població més gran fa esport). Aquest descens en l'activitat física esportiva no es compensa amb els percentatges més elevats de població que camina per mantenir l'estat físic a mesura que n'augmenta l'edat.

Per acabar aquest apartat resumirem l'activitat física global de la població de més edat. Prop del 60% de la població de 55 anys i més no fa esport i, tot i que més de tres quartes parts del col·lectiu solen caminar per millorar l'estat físic, els percentatges globals d'activitat són els més baixos dels grups establerts (83,2%). Dit en altres paraules: un 16,8% de la població té un grau d'activitat física global nul. Per tant, creiem necessari tirar endavant les iniciatives necessàries per potenciar en aquest col·lectiu activitats físiques que millorin la seva salut, encara que siguin de baixa intensitat (com, per exemple, caminar), o facilitar-los l'accés a activitats, siguin lliures o guiades, per fer pràctiques esportives.

10. Conclusions

- Es detecten diferències importants pel que fa a la pràctica esportiva d'acord amb les variables principals considerades (edat i sexe).
- L'enquesta ens ofereix dades per grups d'edat decennals, començant pel de 15 a 24 anys i acabant amb el de 55 anys i més. Una proposta amb vista a operacions estadístiques futures per conèixer la relació de la població espanyola amb l'esport és ampliar la mostra i afegir-hi almenys dos grups d'edat, de 55 a 64 anys i de 65 a 74 anys, i que el darrer fos el de 75 anys i més. Aquesta segmentació permetria fer una anàlisi més detallada de la població de més edat.
- Les motivacions principals per fer esport són, per aquest ordre, estar en forma, la salut i la diversió. Entre les dones, té més pes estar en forma i la salut; i entre els homes, tot i que aquests motius són importants, preval la diversió i l'entreteniment i l'interès a competir. Entre les persones de més edat, prenen protagonisme sobretot la salut i el manteniment físic com els motius bàsics per fer esport.

- Els motius adduïts per no fer esport, a banda del desinterès d'una part de la població que no ha fet ni fa esport mai en la vida, és la manca de temps. En el grup de més edat, aquesta causa perd molt de pes davant d'altres com l'edat i l'estat de salut.
- Hi ha una bretxa de gènere important en l'interès per les matèries esportives en general. Els nivells d'interès són més elevats entre els homes en tots els ítems plantejats (esport en general, pràctica esportiva, consum en mitjans audiovisuals, assistir a espectacles en directe...). Es detecta un descens significatiu de l'interès envers l'esport en general i la pràctica esportiva a mesura que augmenta l'edat. Pel que fa a la pràctica esportiva, tot i que minva l'interès en el grup de més edat —sobretot perquè augmenta molt el grup de qui hi té molt poc interès—, sis de cada deu diuen que hi tenen interès (valoració de 5 o més) i, d'aquests, dos de cada tres hi tenen un interès notable, i un de cada quatre, un interès elevat.
- En l'anàlisi de la pràctica esportiva en general sorgeix una bretxa de gènere important: els homes practiquen més esport i amb més freqüència que les dones. Així mateix, es detecta un descens considerable a partir dels 45 anys, fins a arribar a només un 41% de les persones de 55 anys i més que fan esport. Tot i això, qui fa esport presenta un patró de pràctica elevat: una de cada cinc persones d'aquest grup fa esport diàriament i pràcticament totes les que en fan és almenys un dia per setmana.
- Si, per contra, analitzam la pràctica esportiva dels qui fan esport, arribam a unes conclusions ben diferents. No hi ha bretxa de gènere i fins i tot entre els esportistes de més de 55 anys els percentatges de pràctica diària i setmanal són els més elevats. En definitiva, qui practica esport ho fa amb molta freqüència i conserva els hàbits esportius gairebé inalterables al llarg del temps, alhora que conserva la capacitat física.
- Quant al dia de la setmana de la pràctica esportiva, el perfil general és que més de la meitat no té un dia assignat durant la setmana; un terç, exclusivament els dies feiners, i aproximadament un 15%, els caps de setmana. Però hi torna a haver una bretxa de gènere, amb un percentatge més gran de dones dedicades a fer esport entre setmana, probablement pel rol d'atenció a la llar i als fills, al qual dediquen més temps els dies no laborables. Entre la gent de més edat augmenta el moment indistint de la pràctica esportiva, ja que hi perd pes l'activitat laboral i es disposa, a priori, de més temps.
- Quant al període de l'any per fer esport, bàsicament diferenciant entre període laboral i vacances, val a dir que prop de les tres quartes parts dels esportistes en practiquen durant tot l'any. Només dos de cada deu en fan en períodes laborables i la

resta, només durant les vacances. Hi ha certes diferències de gènere: hi ha més dones que només en fan en períodes laborables. Amb l'edat, augmenta el percentatge de població que fa esport indistintament durant tot l'any, principalment en el grup d'edat de 55 anys i més.

- Si analitzam si es practica un esport o més, veiem que hi ha poca variació entre sexes: tota la població que fa esport en fa més d'un amb molta freqüència (prop de tres de cada quatre esportistes). En canvi, sí que n'hi ha a causa de l'edat: es detecta que, a mesura que augmenta l'edat, minva la pràctica de més d'un esport. Així i tot, entre les persones de 55 anys i més, més del 60% en practica més d'un.
- Quant a la pràctica d'esports individuals i col·lectius, es revela una bretxa de gènere molt marcada: hi ha moltes menys dones que practiquen esports col·lectius. L'explicació rau en la diferent consideració social de l'esport col·lectiu, la poca atenció històrica dels mitjans de comunicació, dels patrocinadors i de la societat per l'esport femení en general i, molt en particular, per l'esport femení col·lectiu. Pel que fa a l'edat, també hi ha canvis molt significatius: així com augmenta l'edat disminueix tant la participació exclusiva en esports d'equip com la seva pràctica simultània amb individuals, i se centra en la pràctica d'esports individuals. Prop de vuit de cada deu persones de 55 anys i més només fan esports individuals.
- En general, la gran majoria de la població practica esport no competitiu (85%) i la resta en practica, en bona part, en nivells no professionals. Hi ha un desequilibri de gènere significatiu, amb una participació molt més elevada d'homes en activitats competitives, per qüestions sociològiques ja apuntades. Més decisiva és la variable edat en l'esport competitiu, en el qual detectam un fort descens a mesura que augmenten els anys (un 28% dels joves que tenen entre 15 i 24 anys, i un 7,1% dels individus de 55 anys i més).
- Pel que fa als esports practicats, hi ha dissemblances significatives d'acord amb l'edat. Els més joves practiquen més esports de tipus col·lectiu i organitzats en competicions (futbol, bàsquet...) i es dediquen a activitats més exigents (halterofília, musculació...). Contràriament, les persones de més edat opten per esports individuals (encara que els practiquin en parella o amb amics), menys competitius i adaptats a la seva capacitat física (gimnàstica suau, senderisme, natació, golf...), moltes vegades practicats en espais oberts i amb la finalitat de mantenir un bon estat físic i de salut.
- La major part dels esportistes duen a terme les activitats esportives a l'aire lliure, sigui de manera exclusiva o bé combinant-les amb d'altres en espais tancats (gimnasos, poliesportius coberts...). Només una de cada cinc persones fan esport exclusivament en espais tancats. Hi ha diferències importants entre homes i dones, i

prop d'una de cada tres dones practica esport només en espais tancats, possiblement a conseqüència de les disciplines practicades, moltes de les quals són eminentment d'interior (gimnàstica, musculació, esports amb música...). Quant a l'edat, augmenta el percentatge dels qui com més anys tenen més sovint practiquen esport només en espais oberts (prop del 55% de la població de 55 anys i més). Com sabem, les disciplines més practicades (córrer, ciclisme, tresp, muntanyisme...) són en entorns oberts i moltes vegades en plena natura.

- És molt poc freqüent la pràctica d'esport *in itinere*, anant a la feina o al centre d'estudis. I tampoc no és gaire freqüent la realització d'esport en el lloc de treball (com a màxim, un 5,5% en el grup de 35 a 44 anys). Sí que hi ha percentatges destacats de gent que fa esport als centres escolars, principalment entre els grups més joves (un 30,6% del grup de 15 a 24 anys). I també hi ha un volum important de població que fa esport a casa seva. La gent de més edat (55 anys i més) majoritàriament fa exercici en altres entorns que no són ni l'escolar ni al lloc de treball ni *in itinere*, i el percentatge de pràctica esportiva a casa seva, tot i que és elevat (un de cada tres n'hi fa), és el més baix de tots els grups. També trobam diferències significatives per sexe. Hi ha més dones que fan esport a casa seva i en centres escolars, i, en comparació amb els homes, baixen els percentatges en centres de treball i en altres indrets.
- Gairebé la meitat de la població fa servir instal·lacions específiques per fer esport, però l'entorn més recurrent són els espais oberts públics (73%), siguin urbans, no urbans o aquàtics. Les dones presenten un percentatge més elevat d'ús d'instal·lacions específiques, mentre que l'activitat en espais oberts és superior entre els homes, tant en els no urbans com en els urbans. Per edat, s'aprecia una reducció de l'ús d'instal·lacions específiques (sis de cada deu individus entre els 15 i 24 anys, i un de cada tres a partir dels 55) i, per tant, un augment dels espais oberts.
- Només una de cada cinc persones que fan esport passen algun reconeixement mèdic o reben algun tractament fisioterapèutic. Els homes tenen unes taxes percentuals entre un 7% i un 8% superiors, possiblement perquè fan més pràctica esportiva competitiva i federada. Per edat, els percentatges més elevats es registren en el grup de població esportista més jove, per les mateixes causes esmentades. I els percentatges més elevats de tractaments fisioterapèutics són en les persones de mitjana edat, que encara fan esport amb finalitat competitiva i amb un nivell d'exigència fort, però ja amb un físic que ha iniciat el declivi.

Una de les propostes que es podrien fer segons aquests resultats és la necessitat de fomentar els reconeixements mèdics previs i de seguiment durant la pràctica esportiva, principalment en el grup de més edat, per evitar problemes greus derivats

de pràctiques incompatibles amb l'estat físic. El mateix podríem dir de fomentar la tasca de la fisioteràpia aplicada a l'esport.

- Pel que fa a la pràctica de caminar almenys deu minuts seguits per millorar o mantenir l'estat de salut, hem de dir que tres quartes parts de la població afirmen que ho fan, però aquesta xifra baixa fins a poc més de la meitat (55,7%) quan es tracta d'una pràctica diària.
- Val a dir que entre els qui ja tenen l'hàbit de caminar per millorar la salut aquest comportament és molt més freqüent. Així, tres quartes parts dels qui caminen ho fan almenys deu minuts seguits cada dia i pràcticament tots ho fan almenys setmanalment (97,5%). Les dones presenten una mica més d'activitat deambulatòria diària amb la finalitat de millorar l'estat físic, i, tot i que els percentatges per edat són molt similars, els més elevats s'assoleixen en el grup de més edat (76,8% de freqüència diària).
- Consideram, però, que es pot potenciar encara més aquesta activitat de baixa intensitat per millorar la salut i el benestar de les persones de més edat de la nostra societat, com ja fan alguns ajuntaments, el Consell de Mallorca (acció Mou-te amb Salut!), conselleries de sanitat d'algunes comunitats autònomes o associacions, com l'AECC, que ofereixen rutes saludables. Cal, a més, emprendre accions coordinades per millorar-ne l'eficiència.
- L'anàlisi conjunta de les persones que o bé caminen o bé fan esport ens permet descobrir que un 12% de la població espanyola (un 10,9% dels homes i un 13,5% de les dones) no fa cap d'aquestes activitats; per tant, cal incidir especialment en aquest col·lectiu.

Per sexe, sabem que hi ha una divergència important d'activitat, sobretot pel que fa a la pràctica esportiva que no compensa que les dones presentin uns percentatges de caminar superiors.

Per edat, les tendències dispars són encara més evidents. Es detecta una gran desproporció entre el grup més jove —que presenta una activitat global màxima, sobretot pel nivell elevat de pràctica esportiva— i el de la població de 55 anys i més —que presenta la taxa d'activitat global més baixa, fruit d'un percentatge d'esport molt més baix (un 41,3% dels més grans fan esport), que no arriba a compensar-se per la pràctica de caminar. Un 16,8% de la població de més de 55 anys presenta una taxa d'activitat física nul·la, per la qual cosa cal potenciar les activitats físiques, lliures o guiades, adreçades a millorar l'estat físic i la salut del col·lectiu.

- Per acabar, volem plantejar la necessitat de potenciar tots els programes de vida activa que ofereixen les institucions públiques, entitats sense ànim de lucre i empreses privades, i donar-los a conèixer entre la gent gran. Si se'n fes més difusió, tindrien més participació i, per tant, els milloraria la salut. I, evidentment, cal engrescar totes les persones, independentment de l'edat que tinguin, però en particular les més grans, perquè adoptin hàbits de vida saludable i abandonin la vida sedentària, en cas que no ho hagin fet. La nostra salut és, en bona part, a les nostres mans.

Referències bibliogràfiques

Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2020). Divisió d'Estadística i Estudis. Secretaria General Tècnica. Ministeri de Cultura i Esport. <<https://www.culturaydeporte.gob.es/dam/jcr:07b62374-bfe9-4a65-9e7e-03a09c8778c3/encuesta-de-habitos-deportivos-2020.pdf>> (publicació: juny de 2021).

Altres fonts i alguns elements d'informació sobre programes i activitats físiques per a la gent gran a les Illes Balears

Activitats físiques a l'aire lliure per a la gent gran. <<https://fundacionmallorcaintegra.org/personas-mayores/>>.

Activitats físiques i recomanacions per a les persones grans. <https://www.masqueabuelos.com/ejercicio/?gclid=CjwKCAjwqauVBhBGEiwAXOepkZHxcG8YgOcb_m3_-4rD-be7lzlovkOoqMe2sCT864gAQTdKYAWZKwRoC1fEQAvD_BwE>.

Alimentació saludable i vida activa. Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut. Govern de les Illes Balears. <<http://e-alvac.caib.es/index.html>>.

Avantatges de l'exercici físic per a la salut. <http://www.capsbe.cat/media/upload/pdf/avantatges_exercici_editora_6_25_1.pdf>.

Enquesta d'hàbits esportius dels espanyols (2005). <<https://www.csd.gob.es/ca/enquesta-dhabits-esportius-dels-espanyols-2005>>.

Enquesta sobre els hàbits esportius a Espanya (2010). <<https://www.csd.gob.es/sites/default/files/media/files/2018-09/encuesta-habitos-deportivos2010.pdf>>.

Enquesta d'hàbits esportius a Espanya (2015). <<https://www.culturaydeporte.gob.es/dam/jcr:ebf5ee1a-69c8-4809-9e7d-30ca5425e8d9/encuesta-de-habitos-deportivos-2015.pdf>>.

«La síndrome dels avis esclaus - *Abueland*». <https://elpais.com/elpais/2019/10/09/se-senta_y_tantos/1570616637_544661.html>.

«La tercera edad, nicho y filón de la industria deportiva en España». <<https://www.palco23.com/entorno/la-tercera-edad-nicho-y-filon-de-la-industria-deportiva-en-espana>>.

Mou-te amb Salut! Consell de Mallorca. <<https://esports.conselldemallorca.cat/-/mou-te-amb-salut>>.

Rutes saludables a la ciutat de Palma. <<https://www.mobipalma.mobi/rutes-saludables/>>.

Rutes saludables de Menorca. <<http://www.menorcailladelesport.com/Contingut.aspx?IdPub=593>>.

Protocol de rutes saludables. IB-Salut. <<https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/830/protocolo-rutas-saludables.pdf>>.

Rutes contra el sedentarisme. AECC. <<https://www.mallorcadiario.com/rutas-saludables-contra-el-sedentarismo>. <https://www.contraelcancer.es/es/talleres>>. Tallers de rutes saludables i altres activitats físiques.

FUEIB: Expert Universitari en Activitats Físiques i Recreatives per a la Tercera Edat. <<https://fueib.org/es/universitaris/19/formacion/curso/862/experto-universitario-en-actividades-fisicas-y-recreativas-para-la-tercera-edad-titulo-propio-de-la->>.

Premis FIFA - eSports - Simulador de futbol FIFA - EA Sports. <<https://www.marca.com/esports/fifa/2020/10/14/5f872d40ca4741566f8b45c1.html>>.

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó (1965). Geògraf. Funcionari del cos superior de l'escala humanística i de ciències socials – especialitat geografia del Govern de les Illes Balears. Ha publicat diversos llibres i articles sobre la geografia i la demografia de les Illes Balears. Entre els llibres destaquen *L'epidèmia de grip de l'any 1918 a les Illes Balears*, El Tall (1991, 219 pp.); *Geografia de les illes Balears*, Lleonard Muntaner Editor (1997, 337 pp.) i *Geografia de les illes Balears. Física i ambiental*, Lleonard Muntaner Editor (2018, 548 pp.). És coautor del capítol sobre demografia de la *Memòria econòmica i social* del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. En el camp de l'envelliment, destaquen —a banda d'altres— els articles publicats a *l'Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears*: «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, 17-74); «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears» (Anuari 2011, 21-77); «La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística» (Anuari 2012, 49-76); «Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2013, 103-141); «Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat» (Anuari 2014, 153-182); «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» (Anuari 2015, 25-62); «Un perfil aproximat de la població de la tercera edat a les Illes Balears. Indicadors estadístics bàsics» (Anuari 2016, 31-94); «Una aproximació al patró actual de la mortalitat general i de la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2017, pp. 49-81); «Eutanàsia: el dret a decidir el moment de morir» (Anuari 2019, pp. 431-461); «La primera onada de la COVID-19 a les Illes Balears: reflexions generals, anàlisi de dades i repercussions sobre la tercera edat» (Anuari 2020, pp. 33-91) i «Violència de gènere i persones grans» (Anuari 2020, pp. 69-120). En el camp de la narrativa ha publicat *Contes contemporanis (1.0)*, Lleonard Muntaner Editor, 2015, 160 pp.

**BENEFICIS QUE APORTA LA REALITZACIÓ
D'EXERCICI FÍSIC MITJANÇANT
L'ÚS DE VIDEOJOCS EN UN
PROGRAMA DE PREVENCIÓ
DE CAIGUDES EN PERSONES GRANS**

Beneficis que aporta la realització d'exercici físic mitjançant l'ús de videojocs en un programa de prevenció de caigudes en persones grans

Marina Llaneras Gelabert

Resum

L'envelliment de la població és tant un triomf com un repte. La població anciana va en augment i això comporta més problemes de salut i, consegüentment, que la qualitat de vida de la gent gran es vegi afectada. La caiguda és una de les grans síndromes geriàtriques i les seves conseqüències provoquen repercussions greus, tant físiques com psicosocials. La prevenció de les caigudes es basa en programes de fisioteràpia encaminats a millorar l'equilibri, la força i el control postural; beneficis que avui dia es poden assolir de manera més interactiva amb l'ús de videojocs.

L'objectiu d'aquest treball és determinar els beneficis de l'exercici físic mitjançant videojocs en programes de prevenció de caigudes en gent gran. Concloem que l'exercici físic mitjançant l'ús de videojocs per prevenir caigudes en la gent gran per si sol aporta beneficis, però, quan es realitza un programa en què es combina la teràpia mitjançant videojocs i un tractament convencional, els efectes beneficiosos són més gran. A més, es produeix més adherència i motivació quan es realitza una teràpia mitjançant videojocs que quan es duu a terme un programa de tractament convencional de prevenció de caigudes.

Resumen

El envejecimiento de la población es tanto un triunfo como un reto. La población anciana va en aumento y ello conlleva que padezca más problemas de salud y, consiguientemente, que la calidad de vida de los mayores se vea afectada. La caída es uno de los grandes síndromes geriátricos y sus consecuencias provocan repercusiones graves tanto a nivel físico como psicosocial. Su prevención se basa en programas de fisioterapia encaminados a mejorar el equilibrio, la fuerza y el control postural, beneficios que hoy en día se pueden lograr de forma más interactiva con el uso de videojuegos.

El objetivo de este trabajo es determinar los beneficios del ejercicio físico mediante el uso de videojuegos en programas de prevención de caídas en ancianos. Concluimos que el ejercicio físico mediante el uso de videojuegos para prevenir caídas en las personas mayores por sí solo aporta beneficios, sin embargo, cuando se realiza un programa en el que se combina la terapia mediante videojuegos y un tratamiento convencional, los efectos beneficiosos son mayores. Además, se produce una mayor adherencia y motivación cuando se realiza una terapia mediante videojuegos que cuando se lleva a cabo un programa de tratamiento convencional de prevención de caídas.

1. Introducció

L'envelliment és un procés complex i no n'hi ha una única definició; encara que en línies generals es podria resumir que és un procés natural i inevitable inherent a la vida humana en què s'experimenten canvis, tant en l'aspecte físic com en el psicològic i social (Mar et al., 2014).

Actualment, a causa de l'augment de l'esperança de vida i la baixa taxa de natalitat, detectam un canvi en la piràmide poblacional: la quantitat de població anciana és molt elevada; i en aquesta població proliferen malalties cròniques, degeneratives o limitants (Abades Porcel i Rayón Valpuesta, 2012; De Jesús Martínez Pérez et al., s. d.).

Es podria dir que l'envelliment poblacional és un dels grans triomfs de la humanitat, però és també un dels seus reptes més grans (De Jesús Martínez Pérez et al., s. d.; *Envejecimiento y Salud*, s. d.). Triomf per haver aconseguit augmentar l'edat de supervivència de la humanitat i repte per intentar aconseguir que s'arribi a aquesta edat amb el millor estat de salut possible (De Jesús Martínez Pérez et al., s. d.; *Envejecimiento y Salud*, s. d.). Per això, cal la participació i la integració d'aquest sector de la població a la societat, així com la prevenció o tractament precoç de les anomenades síndromes geriàtriques.

Les caigudes en l'adult gran han estat sempre motiu de preocupació a causa de les conseqüències que produeixen.

L'OMS defineix com a caiguda l'esdeveniment involuntari que fa perdre l'equilibri i, com a conseqüència, precipita el pacient a terra en contra de la seva voluntat (Álvarez Rodríguez, 2015; *Caídas*, s. d.).

Les caigudes provoquen greus repercussions, tant físiques com psicosocials (Álvarez Rodríguez, 2015; *Caídas*, s. d.; Gómez Ayala, 2005); físiques, pels traumatismes, les seqüeles físiques i, fins i tot, la mort, i psicosocials, per les conseqüències emocionals produïdes per la pèrdua d'autonomia, mobilitat i la necessitat d'usar recursos sanitaris per intentar pal·liar les seqüeles (*Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados*, s. d.).

Les conseqüències de les caigudes es poden classificar en immediates i tardanes.

Les lesions immediates més habituals són lesions a les parts blanques i les fractures. Per altra banda, les conseqüències tardanes comprenen la limitació funcional i el que això comporta. La por de tornar a caure genera l'anomenada «síndrome postcaiguda», que es caracteritza per la desconfiança que té en si mateix el pacient i el temor que

li provoca tornar a caure (Gómez Ayala, 2005; Nilsson et al., 2016). A conseqüència d'aquesta por es produeix una restricció de la mobilitat, provocada per la persona mateixa o per les persones que en tenen cura. Tot això es tradueix en una disminució de la realització d'activitats bàsiques de la vida diària, que causaran dependència i pèrdua d'autonomia (Terra Jonas et al., 2014).

Per tots aquets motius, i a causa de les greus conseqüències que pot arribar a produir una caiguda en la persona gran, la prevenció d'aquest possible accident és una prioritat mundial i està inclosa en «The goals of Healthy People 2020 (Healthy People, 2018)» (Lach i Noimontree, 2018). S'haurien d'elaborar i intentar promoure programes de prevenció de caigudes, per així intentar reduir tant el risc com el nombre de caigudes en els ancians.

Els programes de prevenció de caigudes redueixen les lesions causades per caigudes en la gent gran. S'han observat reduccions del risc de caiguda amb lesions de fins al 37% per a caigudes amb lesions, el 61% per a caigudes que causen fractures i el 43% per a caigudes amb lesions greus com a resultat d'intervencions de programes d'exercici (El-Khoury, s. d.).

Després de diverses dècades de recerca, els investigadors han identificat intervencions de prevenció de caigudes basades en evidències, amb el suport de guies, revisions sistemàtiques i metaanàlisis (El-Khoury, s. d.; Lach i Noimontree, 2018).

La realitat virtual com a coadjuvant en la prevenció de caigudes

Actualment, les noves tecnologies formen part del nostre dia a dia i amplien i milloren la capacitat de desenvolupar moltes de les nostres activitats habituals. La nostra societat ha avançat moltíssim pel que fa a les noves tecnologies. Els joves hi creixen immersos i s'hi adapten, com també s'adapten als seus canvis constants, però la gent gran té més dificultats per integrar-les al seu dia a dia, ja sigui per desconeixement, manca d'accessibilitat o de comprensió del seu ús.

El món dels videojocs és un mercat en auge. Una indústria d'entreteniment que evoluciona i creix cada any. Tot i això, més enllà de l'entreteniment, aquesta tecnologia té moltes altres sorprenents aplicacions, que poden portar molts beneficis. Per això, encara que sembla impensable, salut i videojocs es poden unir.

Aquest tipus de tractament no ha de substituir les teràpies tradicionals realitzades per fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, psicòlegs, etc.; sinó que es poden incloure com una eina més de tractament.

L'ús de la tecnologia VR (realitat virtual) s'ha expandit ràpidament a la darrera dècada, amb la introducció de consoles i jocs comercials. Encara que aquests sistemes es van desenvolupar amb fins d'entreteniment, han evolucionat com un mitjà per fomentar l'exercici físic (són els anomenats videojocs actius o *exergames*) en la població en general (Choi et al., 2017).

Pel fet que els sistemes comercials són molt menys costosos que les eines de rehabilitació desenvolupades a mida, els videojocs també guanyen popularitat com a modalitats de tractament per a la rehabilitació motora i cognitiva de subjectes amb una varietat de discapacitats ortopèdiques i neurològiques (Ma et al., 2011a).

La tecnologia basada en la realitat virtual permet a l'usuari interactuar amb objectes i situacions que simulen el món real, però alhora li permeten dur a terme activitats amb un nivell de dificultat adaptat a les seves necessitats o practicar aquelles que al món real serien potencialment perilloses. Així mateix, ofereix la possibilitat de repetir l'exercici, millorar-lo i aconseguir un aprenentatge efectiu (Laufer et al., 2014).

Per tant, l'exercici basat en la realitat virtual (VRT) que utilitzen consoles comercials (p. ex., Nintendo Wii, PlayStation EyeToy, Microsoft Kinect, Dance Dance Revolution) poden proporcionar oportunitats d'aprenentatge actives i experiencials que són divertides, motivadores i desafiantes, alhora que són segures i ecològicament vàlides (Choi et al., 2017; Laufer et al., 2014).

A causa del seu potencial com a mitjà per millorar l'aprenentatge motor i cognitiu, la tecnologia de realitat virtual resulta ser una important i efectiva eina de rehabilitació per a persones amb una varietat de discapacitats físiques, incloses les que han patit accidents cerebrovasculars o pateixen la malaltia de Parkinson (Ma et al., 2011b) o paràlisi cerebral (Bryanton et al., 2006).

Tot i això, la revisió es refereix a les persones grans sense patologies prèvies que utilitzen els videojocs actius per millorar l'equilibri i la força muscular per prevenir el risc de caigudes.

2. Justificació del treball

Actualment, les noves tecnologies faciliten i amplien la capacitat de desenvolupar moltes activitats del nostre dia a dia en una societat on predomina una població envellida, la qual cosa té nombroses repercussions pel que fa a la sanitat pública.

Si vivim en un món on les noves tecnologies formen part del dia a dia i se n'ha estès l'ús fins a l'àmbit sanitari, perquè és un tractament atractiu i motivador per als pacients, per què no utilitzam els recursos que ens aporten les noves tecnologies per millorar la qualitat de vida de la gent gran realitzant programes per prevenir les caigudes en els ancians?

No obstant això, tot i ser testimonis d'aquest gran avenç en la tecnologia, alguns avis mostren sorpresa o por davant els diferents i nous avenços d'aquesta, ja que es tracta d'un món desconegut i inexplorat per ells. Quina seria la manera correcta d'introduir-los-hi? Seria millor encaminar el programa de prevenció cap a una teràpia més convencional?

Aquest fet probablement anirà canviant a mesura que avancin les generacions, ja que la tecnologia és una realitat actual que forma part del nostre dia a dia.

3. Objectius

L'objectiu general és determinar els beneficis de l'exercici físic mitjançant l'ús de videojocs en programes de prevenció de caigudes en ancians.

- Específic 1: estudiar si un programa de prevenció de caigudes amb exercicis mitjançant videojocs modifica la força i l'equilibri en ancians.
- Específic 2: avaluar si hi ha alguna millora en la independència funcional i en les activitats de la vida diària (ADV) mitjançant un programa de prevenció de caigudes amb exercicis realitzats amb videojocs.
- Específic 3: avaluar si un programa de prevenció de caigudes amb exercicis mitjançant videojocs produeix una major adherència al programa en gent gran.

4. Estratègia de recerca bibliogràfica

La recerca bibliogràfica per a aquest treball s'ha realitzat partint dels objectius anteriorment plantejats.

Per a la recerca d'articles es va investigar en les següents plataformes de bases de dades: Cochrane Library, PubMed i Biblioteca Virtual de Salud (BVS).

Els límits que s'establiren van ser que els articles haguessin estat publicats en els darrers deu anys i que l'idioma en què estiguessin escrits fos l'espanyol o l'anglès.

S'inclouen a l'anàlisi els estudis que expliquen els beneficis dels videojocs en persones grans sense patologies prèvies. Els estudis que inclouen ancians amb patologies prèvies o malalties mentals han estat exclosos.

Després de la recerca bibliogràfica en les distintes bases de dades i d'eliminar els articles que no complien els criteris d'inclusió o exclusió, es van seleccionar 15 estudis per realitzar el treball.

5. Característiques de la mostra i resultats de les variables estudiades

Després de la lectura de tots els articles seleccionats s'ha pogut comprovar que tots els participants tenen més de 60 anys i que s'hi inclouen pacients d'ambdós sexes.

En els estudis s'analitzen diverses variables, entre les quals cal destacar: l'equilibri, la força muscular, el risc de caigudes i la por de caure, la capacitat funcional i la destresa en les activitats de la vida diària, i l'estat cognitiu.

- Risc de caiguda: aquesta variable és estudiada en pràcticament tots els articles. En els diferents estudis trobam distintes escales per mesurar el risc de caure, entre les quals podem destacar l'Activity Balance Confidence (ABC), el Timed Up and Go (TUG) i el Short-form Psychological Profile Assessment (PPA). Pel que fa a aquesta variable, en la majoria s'observen millores significatives.
- Por a la caiguda: aquesta variable també és avaluada en algun dels articles seleccionats per a aquest treball. Per mesurar-la s'utilitza el Short FES-I (Falls Efficacy Scale) i dos estudis utilitzen l'MFES. Els resultats d'aquesta variable van ser bons en tots excepte en un estudi, on no es mostraren canvis quant a la por de caure.
- L'equilibri: l'equilibri es mesura en tots els articles excepte en un. Per mesurar aquesta variable s'utilitza l'escala de Berg en sis estudis, el Tinetti Test en dos i diferents tests de suport unipodal: Unipedal Stance Test, Single-Leg Stance Test on Firm and Foam Surfaces.

Per altra banda, molts dels articles que utilitzen la consola Nintendo Wii fan ús de la variable Center of Pressure (COP), que representa la ubicació del centre de gravetat resultant, mitjançant la qual el sistema mateix és capaç de calcular un percentatge d'equilibri.

Els resultats de l'equilibri obtinguts en la majoria dels estudis presenten millores significatives en els grups experimentals.

És important remarcar que en dos estudis que van comparar més d'una intervenció els resultats de la variable equilibri van ser més positius en el grup on es combina fisioteràpia o exercicis convencionals amb els exercicis realitzats mitjançant la consola (fisioteràpia + realitat virtual).

- Capacitat funcional i desenvolupament de les activitats diàries: per a aquestes variables trobam diversos tests que les avaluen, entre els quals podem destacar: la Short Physical Performance Battery (SPPB), l'escala de Barthel i The Katz Index of Independence in Activities of Daily Living; tres articles mesuren l'exercici de les AVD mitjançant el qüestionari de Lawton and Brody Index; en un s'utilitza el European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D-5L), i en un altre s'utilitza l'SF-36 Health Survey.

Es pot veure que en els diferents estudis es van aconseguir millores quant a la capacitat funcional i en la realització de les AVD.

- Força muscular: un estudi valora mitjançant el KES Test la força extensora de genoll, dos estudis utilitzen els resultats objectius obtinguts mitjançant un dinamòmetre isocinètic per avaluar la força muscular del membre inferior. En ambdós estudis es van obtenir millores significatives pel que fa a la millora de la força muscular del membre inferior.
- Estat cognitiu: s'utilitzen l'MCE i l'MMSE i s'obtenen resultats significatius.
- Adherència i motivació: per mesurar la motivació s'han fet servir escales de valoració subjectives de Likert de cinc punts.

En els estudis que mesuren la motivació es va demostrar que el tractament mitjançant videojocs en la gent gran sí que és una eina motivadora i entretinguda que pot garantir un alt grau de compliment i adherència al programa. Pel que fa al grau de satisfacció, es va obtenir el resultat que els participants estaven molt satisfets amb la intervenció. No obstant això, hi va haver un estudi en què tant el grup control que realitzava un programa de prevenció de caigudes convencional com el grup que emprava el de Nintendo Wii es van mostrar igual de satisfets amb els seus programes, per la qual cosa el resultat de la comparació no va mostrar canvis significatius.

L'adherència al programa de videojocs actius es pot veure reflectida en els diversos estudis on hi ha una taxa molt baixa d'abandó, on un elevat percentatge de participants van acabar l'estudi. Per això s'ha pogut observar que hi ha una alta adherència als programes que utilitzen videoconsoles en el tractament.

6. Discussió

Actualment, les noves tecnologies formen part del dia a dia, ens ajuden a fer la majoria de les nostres activitats i el seu ús s'ha estès fins a l'àmbit sanitari, perquè poden proporcionar tractaments atractius i motivadors per als pacients.

Per això, s'han proposat els anomenats videojocs actius o *exergames* en els quals mitjançant l'ús de diferents videoconsoles es crea un espai interactiu on es realitza l'entrenament.

L'entrenament mitjançant l'ús de videojocs sembla millorar l'equilibri i també la força muscular. No obstant això, un programa mixt en què es combinin exercicis més convencionals i l'ús dels videojocs actius té millors resultats que si s'aplica una única teràpia, per la qual cosa semblen ser més efectius quant a la prevenció de caigudes en la gent gran.

A més, es requereix més investigació per determinar si el tractament mitjançant exercicis realitzats amb videojocs és més efectiu que la fisioteràpia tradicional.

Pels seus beneficis, les tecnologies de videojoc actiu poden ser una opció econòmica per a la intervenció preventiva pel que fa a deteriorament de l'equilibri i la prevenció de caigudes en adults grans que no tenen accés a la fisioteràpia.

Aquest dispositiu ha demostrat ser eficaç en gent gran institucionalitzada o dut a terme amb la supervisió d'un professional, atès que s'han incrementat els nivells d'atenció i memòria, han disminuït els nivells de depressió, ansietat i apatia i, per tant, ha augmentat el rendiment en les AVD, tant bàsiques com instrumentals. No obstant això, per fer-lo servir a casa sense supervisió es necessita més investigació per saber si realment és efectiu i els beneficis són reals.

D'altra banda, les intervencions dutes a terme mitjançant la teràpia de realitat virtual amb diverses consoles de vídeo poden fer l'activitat més atractiva i accessible per als adults grans, ja que aquests poden veure de forma immediata el *feedback* del moviment que han fet reflectit a la pantalla. Sempre és més entretingut i motivador fer els diferents exercicis programats en forma de jocs interactius.

7. Conclusions

Les conclusions a les quals s'ha arribat, responent als objectius que s'havien plantejat a l'inici del treball, és que la realització d'exercicis mitjançant videojocs aporta beneficis a les persones grans.

Quant a l'equilibri i la força muscular, la realització d'exercicis mitjançant videojocs en persones grans aporta millores en aquestes variables.

Per altra banda, també es veuen millores en la funcionalitat i en les AVD.

Finalment, es pot veure una major adherència als programes de prevenció de caigudes si aquests utilitzen exercici per mitjà de videojocs.

Referències bibliogràfiques

Abades, M., i Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? Rincón Científico. Comunicaciones. *Gerokomos*, 23(4), 151-155.

Álvarez, L. M. (2015). Síndrome de caídas en el adulto mayor. Geriatria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI*, 617, 807-810. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf>

Bryanton, C., Bossé, J., Brien, M., McLean, J., McCormick, A., i Sveistrup, H. (2006). Feasibility, motivation, and selective motor control: Virtual reality compared to conventional home exercise in children with cerebral palsy. *Cyberpsychology and Behavior*, 9(2), 123-128. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.123>

Caídas. (s. d.). Recuperat el 26 de gener de 2022 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. (s. d.). Recuperat el 17 de gener de 2022 de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13094802>

Choi, S. D., Guo, L., Kang, D., i Xiong, S. (2017). Exergame technology and interactive interventions for elderly fall prevention: A systematic literature review. *Applied Ergonomics*, 65, 570-581. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.10.013>

De Jesus, T., González, C. M., León, G. C., i Aguiar, B. G. (s. d.). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Aging, Elderly and Quality of Life: Success or Difficulty? Finlay*, 8(1).

El-Khoury, F. (s. d.). *The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6234>

Envejecimiento y salud. (s. d.). Recuperat el 25 de gener de 2022 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Gómez Ayala, A.-E. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*, 19(6), 70-74. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>

Jonas, L., Lima, K., Soares, M., Mendes, M., Da Silva, J., i Ribeiro, P. (2014). Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? *Comunicaciones. Gerokomos*, 25(1), 13-16.

Lach, H. W., i Noimontree, W. (2018). Fall prevention among community-dwelling older adults: Current guidelines and older adult responses. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(9), 21-29. <https://doi.org/10.3928/00989134-20180808-06>

Laufer, Y., Dar, G., i Kodesh, E. (2014). Does a Wii-based exercise program enhance balance control of independently functioning older adults? A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1803-1813. <https://doi.org/10.2147/CIA.S69673>

Ma, H. I., Hwang, W. J., Fang, J. J., Kuo, J. K., Wang, C. Y., Leong, I. F., i Wang, T. Y. (2011a). Effects of virtual reality training on functional reaching movements in people with Parkinson's disease: A randomized controlled pilot trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(10), 892-902. <https://doi.org/10.1177/0269215511406757>

Ma, H. I., Hwang, W. J., Fang, J. J., Kuo, J. K., Wang, C. Y., Leong, I. F., i Wang, T. Y. (2011b). Effects of virtual reality training on functional reaching movements in people with Parkinson's disease: A randomized controlled pilot trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(10), 892-902. <https://doi.org/10.1177/0269215511406757>

Mar, A., Garc, A., i Maya, S. (2014). Revision. *Archives of Environmental Health*, 8(3), 458-458. <https://doi.org/10.1080/00039896.1964.10663695>

Nilsson, M., Eriksson, J., Larsson, B., Od, A., Johansson, H., i Lorentzon, M. (2016). Fall Risk Assessment Predicts Fall-Related Injury, Hip Fracture, and Head Injury in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*, 64, 2242-2250. <https://doi.org/10.1111/jgs.14439>

Autora

MARINA LLANERAS GELABERT

Palma (1999). Graduada en Fisioteràpia per la UIB (2022). La seva formació es complementa amb un curs d'Expert Universitari en Nutrició Aplicada a l'Esport de la UIB (2022). Actualment és fisioterapeuta en una residència d'ancians.

PERSONES GRANS I TIKTOK

Persones grans i TikTok

Marta Estrades Espigares

Resum

A mesura que la xarxa social TikTok augmenta en popularitat, també té més usuaris de la tercera edat. Les persones de 65 anys o més reivindiquen que també tenen dret a usar-la i no ser-ne només consumidores passives, sinó també creadores de contingut. En aquest capítol, s'exposarà informació sobre els continguts dels vídeos d'aquest col·lectiu, els efectes positius i negatius que pot tenir l'ús de la xarxa en l'envelliment, i exemples de persones grans que han captat milions de seguidors a TikTok.

Resumen

A medida que la red social TikTok aumenta en popularidad, también tiene más usuarios de la tercera edad. Las personas de 65 o más años reivindican que también tienen derecho a usarla y no ser sólo consumidoras pasivas, sino también creadoras de contenido. En este capítulo, se expondrá información sobre los contenidos de los vídeos de este colectivo, los efectos positivos y negativos que puede tener el uso de la red en el envejecimiento, y ejemplos de personas mayores que han captado a millones de seguidores en TikTok.

1. Introducció

TikTok és una xarxa social de continguts audiovisuals posicionats en vertical, en la qual els usuaris poden crear, editar i compartir vídeos curts fent servir eines d'edició (com ara filtres, àudios, cançons, etc.). També hi ha molts usuaris que només l'empren com a entreteniment per veure vídeos que publiquen altres persones. A final de l'any 2019, TikTok ja tenia 507 milions d'usuaris arreu del món (Ng i Indran, 2022).

Aquesta xarxa social fou creada el 2016 per la companyia xinesa Bytedance i la població de consum des de llavors ha estat majoritàriament de joves adolescents (Infante, 2020).

TikTok ha demostrat que és l'aplicació que té la tendència de descàrrega més elevada. Sensor Tower Inc. (2020) assegura que aquesta aplicació fou descarregada més vegades que YouTube, Facebook, Snapchat o Instagram a final de 2018, aconseguí 188 milions d'usuaris nous el 2019 i se la instal·laren més de 1.100 milions d'usuaris arreu del món el 2020 (Zambrano, 2021).

TikTok se serveix d'algorismes de recomanació, en funció de les cerques fetes pels usuaris i més reproduccions, per suggerir vídeos o perfils, com fa Netflix. En aquest cas, es diferencia d'altres xarxes socials que utilitzen els algorismes de recomanació en funció de seguidors o amics (Zambrano, 2021).

Tal com argumenten Guzmán-Heras i Figueroa-Sacoto (2020), les persones grans fan servir menys les xarxes socials que les joves, ja que, en general, dominen menys les noves tecnologies, per la qual cosa tenen desavantatges a l'hora de sumar-se a les noves vies d'internet per relacionar-se.

Les xarxes socials són «un exercici que els adults grans no estan acostumats a exercir, però també necessiten ser vists com a persones participis d'una societat» (Guzmán-Heras i Figueroa-Sacoto, 2020, p. 96). Per aquest motiu, les mateixes autores defensen que les empreses d'aquestes xarxes socials haurien d'incorporar eines que facilitin l'ús d'aquestes aplicacions digitals per a gent gran.

Així, conclouen que de cada vegada hi ha més persones de més de 65 anys que se sumen a les xarxes socials, per la qual cosa caldria dedicar-los més importància. Així, el seu ús es podria convertir en un benefici i els ajudaria a trencar la bretxa generacional que hi ha entre ells i els més joves, i donaria suport a la tercera edat perquè pugui usar xarxes socials de manera segura, amb facilitat i independència. Així mateix, pot tenir beneficis com ara «habilitats cognitives millorades, disminució de la solitud, entreteniment i noves oportunitats» (Guzmán-Heras i Figueroa-Sacoto, 2020, p. 96).

Per molt que TikTok sigui una plataforma destinada a la població jove, els darrers anys s'hi obri pas la tercera edat. Són persones que de cada vegada es converteixen més en creadors de contingut, de manera que es desmenteix que aquest col·lectiu sigui únicament un consumidor passiu de les xarxes socials (Ng i Indran, 2022).

Tot i que l'envelliment és un procés biològic natural, els atributs que s'hi associen solen ser negatius. Així com la joventut és vista i representada com a fortalesa, bellesa i diversió, la vellesa s'associa a vulnerabilitat i decadència. S'ha demostrat que tant els mitjans de comunicació convencionals com els socials són transmissors d'aquests estereotips de l'edat, la qual cosa en la nostra espècie marca significativament el procés de desenvolupament en el qual ens construïm sobre la base dels contextos socials (Ng i Indran, 2022).

Aquesta discriminació per raó de l'edat és el que es coneix com a edatisme. L'edatisme es pot veure reflectit de diferents maneres, com ara parlar a les persones grans i tractar-les com si fossin nins petits, criticar-les, fer-ne befa en els mitjans de comunicació (xarxes socials, notícies, revistes, etc.) o no tenir-les en compte a l'hora de crear tecnologies.

Fent referència al gènere i a l'edat, les dones són més vulnerables que els homes durant el procés d'envelliment, per la qual cosa tenen doble perill. Això es deu al fet que l'edat està en connexió amb altres categoritzacions socials i discriminacions, com són el gènere, la raça i la classe (Krekula et al., 2018). Aquesta major vulnerabilitat

donada pel conjunt edatisme i masclisme pot veure's reflectida en la invisibilització més gran i la ridiculització de dones de la tercera edat en diferents àmbits o situacions. Per exemple, en les agressions sexuals o en casos de violència de gènere aquesta discriminació i invisibilització augmenta amb l'edat, ja que els donen menys veracitat. Per altra part, a la indústria del cinema, els mitjans de comunicació i les xarxes socials, com TikTok, les dones són les que pateixen més pressió per haver d'aparentar ser joves i socialment atractives, fet que agreuja l'edatisme en relació amb el gènere (Zurian, Menéndez i García-Ramos, 2019).

Malgrat aquests estereotips negatius, hi ha evidències que afirmen que hi ha persones grans que mostren percepcions positives sobre l'envelliment, i n'hi ha que són les que se sumen a la moda de Tiktok per donar a conèixer les seves vides, fer balls, vídeos d'humor, i, fins i tot, vídeos conscienciant sobre l'edatisme i fomentant l'envelliment positiu (Ng i Indran, 2022). Arriben a TikTok els coneguts com a *grandfluencers*.

2. De què parla la gent gran a TikTok?

A l'article «Not too Old for TikTok», els autors Ng i Indran es demanen com ho fan aquests *grandfluencers* per emetre discursos sobre l'envelliment i resistir als estereotips que s'han creat de la vellesa. Per això, analitzaren vídeos de TikTok creats per persones de la tercera edat.

Dels 348 vídeos que analitzaren sobre persones grans que tracten de la vellesa als seus *tiktoks* en destriaren tres temes principals:

1. Desafiar els estereotips de l'edat ($N = 248$; 71%)
2. Fer humor de les vulnerabilitats relacionades amb l'edat ($N = 61$; 18%)
3. Denunciar la discriminació per raó d'edat ($N = 39$; 11%).

Pel que fa al primer tema, «Desafiar els estereotips de l'edat», trobaren vídeos en els quals sortien dones de més de 60 anys que expressaven que se sentien molt bé o guapes i indicaven l'edat que tenien; deien frases com: «Avui me sent bé! Mirau el meu *outfit*». A més, mostren el seu aspecte tal com és sense amagar arrugues i altres signes físics de l'envelliment. Als comentaris dels seus vídeos, molts usuaris responen amb picardia i humor, com «Pot ser som massa vell/a o estic massa enfora de la teva lliga». Moltes usuàries també han adoptat el terme *glamma*, que aplega les paraules angleses *glamorous* i *grandma* per reivindicar que poden continuar sent glamuroses encara que envelleixin (Ng i Indran, 2022).

Cercant a TikTok l'etiqueta #glamma, trobam 32,1 M de visualitzacions, així com diverses etiquetes relacionades, com *glammaoriginal*, *glammalife*, *tiktokglamma*, etc.,

amb milers de visualitzacions cada una. En aquests vídeos surten dones grans que expressen que l'envelliment no és un impediment per sentir-se bé amb si mateixes (TikTok, 2022).

Respecte del gènere masculí, trobaren vídeos en què els homes també expressaven que se sentien bé amb ells mateixos i fomentaven la seva autoestima dient que vesteixen molt moderns i se sumen a la moda de la confiança en si mateix. D'altres també pujaven vídeos en què es comparaven amb joves i s'hi posaven per sobre.

Altres usuaris penjaven vídeos per mostrar la seva bona condició física i presumir de l'edat, 81, 79 o 87 anys, ballant, fent escalada o exercici. També hi havia usuaris que feien broma i mostraven tàctiques per lligar passats els 60 anys. Mostraven, per tant, que l'envelliment també els reportava beneficis (Ng i Indran, 2022).

Respecte del segon tema, «Fer humor de les vulnerabilitats de l'edat», trobaren que els arguments entorn dels quals giraven aquests vídeos tractaven sobre el deteriorament cognitiu, la mort, la COVID-19 i les disfuncions sexuals. Com, per exemple, tiktoks en què fan broma sobre la seva demència; se'n riuen del fet d'estar sa, però al vídeo surten rentant-se el cap sis vegades perquè no se'n recorden, o fan paròdia dels efectes de l'aplicació per mostrar com se senten en estar desorientats a causa de l'Alzheimer (Ng i Indran, 2022).

També n'hi hagué molts que es varen sumar al #LeavingMyBody, fent al·lusió a aquelles emocions que abandonen el cos o es mostren exteriorment quan es reben certs comentaris o es viuen determinades situacions. Aquests vídeos van acompanyats d'unes flames liles en representació d'aquestes emocions que surten del cos. Per exemple, un tiktoker va fer un vídeo que va ser tendència amb un text que diu «La vellesa abandonant el meu cos quan algú em diu "no pareix que tinguis 87 anys"». Altres vídeos tracten i fan broma sobre la mort amb frases com «Som tan vell... Seguiu-me abans que em mori». De la mateixa manera, durant la pandèmia i la COVID-19 varen sorgir molts de vídeos en què es feia paròdia de les conseqüències del virus i de les situacions difícils que es vivien (Ng i Indran, 2022).

Per acabar, pel que fa al tercer tema, «Denunciar la discriminació per raó d'edat», apareixen persones grans que responen a comentaris d'odi que han rebut a la xarxa social, com ara «Ets massa vell per estar a TikTok» o «Que algú vingui a cercar la seva àvia», amb humor i orgull. Així, per exemple, una dona va fer vídeos en què simulava que obria una porta per entrar al món TikTok després de rebre comentaris com aquest i afegia les frases «Deixau-m'hi entrar» i «Només teniu por de tot això» (Ng i Indran, 2022).

A pesar d'aquests tres eixos principals que estudiaren Ng i Indran, les persones de la tercera edat també pengen vídeos en què no reivindiquen el dret a envellir positivament i entrar en les noves xarxes socials, sinó que parlen d'altres coses i fan els mateixos *trends*, balls i vídeos humorístics que la població jove.

3. Exemples de tiktokers grans famosos

The Old Gays són un grup de quatre homes estatunidencs amb 7,6 milions de seguidors (The Old Gays, 2022). Els integrants són Robert, Jessay, Mick i Bill. Aquest grup d'amics penja vídeos sobre la seva convivència en una casa en lloc d'anar a una residència per ajudar-se entre ells. Començaren a publicar tiktoks el desembre de 2020, quan ja eren amics feia més de 50 anys. La idea sorgí quan un veí els donà la idea d'enregistrar vídeos per Grindr. Cada matí es reuneixen devers les 10.30 hores i enregistren i publiquen vídeos a la piscina per a TikTok (Locke, 2022). «El que fem nosaltres, a través de la força de la nostra amistat i suport mutu, canvia la manera com es viu la vida», diu Reeves (recollit a Locke, 2022), un dels membres de The Old Gays.

Aquest grup d'amics, a més de donar visibilitat al col·lectiu LGTBQ+ a la tercera edat, mostra altres formes de vida en la vellesa més enllà de les tradicionals i trenca els estereotips de l'edat.

Our Filipina Grandma és un compte amb 1,4 milions de seguidors, en què l'àvia fa vídeos humorístics, majoritàriament amb frases per lligar i molts amb l'etiqueta #GrannyGotGame (Our Filipina Grandma, 2022).

Retirement House són un grup de cinc persones: Rose, Curtis, Mabel, Eugene Bubbe i Larry. Surten majoritàriament fent bromes i vídeos musicals, que ja tenen 3,8 milions de seguidors, amb el lema «Age Gracefully» (Retirement House, 2022).

Retirement House és un plató de Hollywood que els integrants del grup lloguen per hores. Els missatges que volen transmetre és que hi ha diferents formes d'envellir. «Veus moltes històries de gent gran que no és feliç, perquè a mesura que envelleixes perds amics, perds familiars, no tens amb qui compartir la teva vida», explica Reatha Ramat, de 72 anys. «En realitat, fem records compartits junts, i estan enregistrats» (recollit a Locke, 2022).

En paral·lel, existeix un altre compte, Spectrum Retirement, que té 92.800 seguidors que manifesten ideals similars a les de Retirement House, però d'una manera més modesta que l'anterior. Mostren la seva vida en asils i residències i fomenten l'envelliment en

positiu (Locke, 2022) amb el lema del seu perfil: «Independent Living, Assisted Living i Memorie Care #ActYourAge» (Spectrum Retirement, 2022).

«M'ha aportat gent», «Quan tornes inquisitiu, mantens la ment i el cos actius» «Les persones continuen sent persones, encara que visquin en una residència per a gent gran» (citada a Locke, 2022), reivindica Scott, un dels integrants d'aquest darrer compte.

LuoGupo és una tiktoker de 68 anys xinesa que amb els seus vídeos ha aconseguit 62,1 milions de magrades al compte. Als vídeos, hi predomina el seu caràcter divertit: un dels seus tiktoks més populars és una cançó de hip-hop en què descriu la seva vida com a àvia. Les lletres mostren la seva vida quotidiana, dedicada a les tasques domèstiques o a cercar gangues, i també revela que lluita contra la discriminació de l'edat i es mostra com una dona gran independent (Yu i Zhao, 2022).

A Espanya, hi ha l'exemple de Rosa, coneguda a TikTok com a @conbuenhumor. La *grandfluencer* andalusa de 81 anys en dos anys ha augmentat a quasi tres milions els seus seguidors i actualment en té 7,2 milions (La Nación, 2020; Conbuenhumor, 2022). Rosa i Christian són els creadors de Con Buen Humor: Christian és el net de Rosa i és qui enregistra i crea els vídeos, mentre que Rosa n'és la protagonista. A l'entrevista que van fer al net, de 31 anys, al diari *La Nación* (2020), Christian conta que a través de la xarxa vol transmetre els seus valors sobre la importància de la família i el que podem aprendre de la gent gran. El contingut sempre és humorístic i varia des de *trends* de la xarxa fins a receptes culinàries o promocions de productes.

4. Aspectes positius de TikTok per a la gent gran

Tal com exposen els autors Ng i Indran (2022), hi ha estudis que mostren que els estereotips de vellesa negatius redueixen l'autoeficàcia, augmenten el risc de patir depressió i afecten el sistema immunitari i cardiovascular. Les percepcions positives de l'envelliment, en canvi, fomenten una millor salut funcional, el benestar i longevitat.

Al seu estudi observaren que, encara que hi hagi molts d'estereotips negatius a TikTok, de cada vegada hi ha més gent gran que s'empodera i fa servir la xarxa per mostrar maneres d'envellir en positiu i celebrar la vellesa. El col·lectiu predominant són les dones, que desafien els estereotips de gènere i edat, s'hi mostren segures i fora amagar els signes de l'envelliment, allunyant-se així de la creença que la vellesa és un procés que s'ha de combatre o del qual ens hauriem d'avergonyar (Ng i Indran, 2022).

La majoria de famosos de la tercera edat a TikTok, com els esmentats anteriorment, mostren models alternatius d'envelliment que s'allunyen dels estereotips negatius i

guanyen de cada vegada més seguidors. Alhora, aquests perfils amb més seguidors i que mostren autosuficiència poden implicar també un altre tipus d'edatisme, que exclou i invisibilitza aquelles persones que pateixen qualche malaltia o que no es troben en tan bones condicions físiques o psicològiques (Yu i Zhao, 2022).

5. Aspectes negatius de TikTok per a la gent gran

Enllaçant amb el darrer paràgraf, no ens hem d'oblidar que aquesta aplicació de mòbil té un algorisme de recomanació, el qual fomenta l'envelliment saludable homogeni. L'algorisme dona més importància als vídeos amb més reproduccions i, per tant, suggereix sempre els vídeos amb més visualitzacions (en què majoritàriament apareix gent gran saludable i autosuficient) i passa per alt els que tenen menys atenció (Yu i Zhao, 2022). S'entra, doncs, en un bucle en el qual serà difícil que es puguin mostrar per igual els omesos, ja que amb aquest algorisme de cada vegada els vídeos amb més reproduccions s'aniran promocionant més i obtindran més visualitzacions, mentre que els altres quedaran relegats. Es ven, per tant, un mateix perfil d'envelliment en positiu.

A més, com la plataforma TikTok, l'envelliment positiu està subjecte al capitalisme. Això significa que només es ven una forma d'envelliment i es promourà la que més diners pugui aconseguir.

Citant les paraules textuais de Yu i Zhao (2022), «aquests comptes de TikTok són fàcils de monetitzar, perquè permeten que les empreses s'adrecin específicament als consumidors que desitgen. A més, les recompenses de TikTok animen els adults grans a contribuir-hi constantment amb vídeos curts d'alta qualitat» (p. 327). Els vídeos de TikTok estan lligats a botigues *in-app*, on a través d'un enllaç pots accedir al web o compte del producte que promocionen. Els vídeos que més ingressos produeixen són els que es reproduïen més vegades. Per tant, com l'algorisme de recomanació, el capitalisme al qual es vincula TikTok afavoreix el desig d'un envelliment socialment venut com a atractiu, divertit i actiu (Yu i Zhao, 2022), i la frustració i baixa autoeficàcia d'aquelles persones que presentin un deteriorament corporal o cognitiu més fort (Ng i Indran, 2022).

6. Conclusions

TikTok pot tenir molts de beneficis per a la gent gran, com la disminució del sentiment de solitud, fomentar un envelliment positiu, donar-se suport, desmuntar estereotips negatius de l'envelliment o rompre la bretxa generacional entre joves i gent gran. Més relacionat amb la seva salut, si es gestiona bé la xarxa i s'obtenen aquests beneficis, pot conduir a més benestar, millorar la salut funcional i afavorir més longevitat.

No obstant això, TikTok, igual que la majoria de xarxes socials, s'ha de saber gestionar i s'han de tenir en compte els efectes secundaris que pot tenir. Com hem comentat anteriorment, aquest envelliment positiu pot esdevenir una altra forma d'edatisme a causa dels algorismes de recomanació que utilitza TikTok i del capitalisme de la xarxa, ja que aquest envelliment positiu es pot confondre amb el desig de tenir un envelliment ideal en què els referents tenen més salut física i mental i autosuficiència.

Per molt que aquests perfils de gent gran estiguin bé per empoderar el col·lectiu i mostrar que pots envellir d'una manera positiva i estar bé amb tu mateix, és important que es visibilitzin altres usuaris que consciencien sobre l'edatisme i mostren diferents realitats de la vellesa, com hem vist que ocorria amb alguns usuaris que manifestaven que tenien Alzheimer, pèrdues de motricitat fina o visió, fatiga, etc. o feien humor sobre aquestes circumstàncies. A més, s'haurien de tenir en compte les addiccions i dependències que poden crear les xarxes.

Per tot això, és important que s'investigui més sobre la relació entre gent gran i TikTok, i els beneficis i perjudicis que pot tenir aquesta xarxa social.

Referències bibliogràfiques

Conbuenhumor, TheOldGays, RetirementHouse, SpectrumRetirement. OurFilipina-Grandma. 2022. TikTok.

Guzmán-Heras, A. i Figueroa-Sacoto, T. (2020). Redes sociales en jóvenes y adultos mayores cuencanos. A Á. Torres-Toukoumidis i A. de Santis (Coord.), *Los morlacos y las redes sociales*. Universidad Politécnica Salesiana.

Infante, T. (2020). Tiktok: el salto a la fama de la red social china. *Revista Capital*.

Krekula, C., Nikander, P. i Wilińska, M. (2018). Multiple marginalizations based on age: Gendered ageism and beyond. A L. Ayalon i C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism*, pp. 33-50. Springer International Publishing. [http: doi. org/10.1007/978-3-319-73820-8_3](http://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_3).

Locke, C. (22/06/2022). Els jubilats s'apunten a TikTok: «Potser ja és hora que comencem a envellir d'una altra manera». *Ara Balears*. https://www.arabalears.cat/societat/jubilats-apunten-tiktok-grandfluencers-xarxes-socials_1_4409656.html.

Ng, R. i Indran, N. (2022). Not too Old for TikTok: How Older Adults are Reframing Aging. *The Gerontologist*, 62(8), 1207-1216. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac055>.

Sn. (2020, 15 de maig). «Con buen humor: Rosa, la abuela española que emociona y divierte en TikTok». *La Nación*. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/con-buen-humor-rosa-abuela-espanola-emociona-nid2365477/>.

Yu, Y. i Zhao, B. (2022). Can TikTok promote a healthier ageing paradigm? A case study of older digital celebrities from China. *Area*, 54(2), 322-329. <https://doi.org/10.1111/area.12777>.

Zambrano Granda, B. N. (2021). Análisis del uso de la red social tiktok como medio de difusión de contenido audiovisual profesional en Ecuador [Treball de fi de grau] Universitat de Catòlica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

Zurian, F. A., Menéndez, M. I. i García-Ramos, F. J. (Eds.). (2019). La problemática de la violencia y la edad en el cine. A *Edad y violencia en el cine. Diálogos etarios, de género y filmico*, 7-24. Edicions UIB.

Autora

MARTA ESTRADES ESPIGARES

Graduada en Psicologia. Becària en la Fundació Universitat-Empresa de les Illes Balears, forma part del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) i del Grup d'Investigació de la Violència de Gènere en Dones Grans.



G CONSELLERIA
O AFERS SOCIALS
I ESPORTS
B
/

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2022

 **IMAS**
Departament de Drets Socials
Consell de Mallorca

