

# Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2011



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



Universitat de les  
Illes Balears



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria de Salut,  
Família i Benestar Social

**CARMEN ORTE SOCIAS**

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

ANUARI DE L'ENVELLIMENT.  
ILLES BALEARS **2011**



Universitat de les  
Illes Balears



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria de Salut,  
Família i Benestar Social



## **Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2011**

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

### **Consell de Direcció:**

#### **Directora:**

Dra. Carmen Orte Socias

#### **Vocals:**

Sr. Enrique Campos Alcaide

Dr. Jordi Forteza-Rey Borralleras

Sr. Liberto Macías González

Dra. Carmen Mas Tous

Sr. Miquel Oliver Ramon

Sra. Margarita Isabel Viñuela Benéitez

#### **Secretària:**

Sra. Lydia Sánchez Prieto

\* © del text: els autors 2011

\* © de l'edició: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i UIB).

\* Disseny, maquetació i impressió: amadip.esment

\* ISSN: 2174-7997

\* Dipòsit legal: PM-2908-2008

*El contingut dels articles és responsabilitat dels autors. El seu parer no representa l'opinió de la Universitat de les Illes Balears ni de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.*

*S'autoritza la reproducció total o parcial de l'obra, si se n'esmenta la font i l'autor o l'autora.*

*L'Anuari de l'envelliment. Illes Balears es pot consultar a les pàgines web de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social <<http://www.caib.es/govern/organigramalarea.do?coduo=3349&lang=ca>> de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, <<http://catedradependencia.uib.es>> i d'Edicions UIB, <<http://edicions.uib.es>>*

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

*Tel.: 971 17 24 15 / Fax: 971 17 24 63*

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

# SUMARI

<b>PRESENTACIÓ</b>	5
<b>Consellera de Salut, Família i Benestar Social</b> Carmen Castro Gandasegui	
<b>INTRODUCCIÓ</b>	9
<b>Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2011</b> Carmen Orte Socias	
<b>ANÀLISI DE LES CARACTERÍSTIQUES DEL SOBREENVELLIMENT FEMENÍ A LES ILLES BALEARS</b>	19
Ferran Dídac Lluç i Dubon	
<b>ATENCIÓ A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA AL MUNICIPI DE PALMA</b>	79
Catalina Juan Garau	
<b>PERSPECTIVA DE L'ENVELLIMENT DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA</b>	109
Montserrat Llorç Bové i Ana M. Uréndez Ruiz	
<b>ATENCIÓ A L'ENVELLIMENT A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT DE MALLORCA</b>	141
Jerònia Miralles Xamena i Clara Vidal Thomàs	
<b>PROGRAMA D'ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA A EIVISSA</b>	169
Sònia Palau Boned	
<b>CENTRE DE FORMENTERA: ELS INICIS EN QÜESTIÓ DE DEPENDÈNCIA</b>	185
Carmel Redondo i Ferrer, Marta Uriarte Ituiño i Aroa López Fernández	
<b>DESCRIPCIÓ I VALORACIÓ DELS USUARIS I DELS RECURSOS DELS CENTRES DE DIA</b>	207
Antonia M. Abellán García, Maria Elena Gimeno Domènech, Caterina J. Massutí Sureda i Jordi Parramon Coma	
<b>CURES PAL·LIATIVES GERIÀTRIQUES. MODEL DE L'HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU</b>	239
Margarita Isabel Viñuela Benítez i Nicolás Flaquer Terrasa	
<b>COMPARATIVA DEL PERFIL DELS USUARIS I DE LA SITUACIÓ DE LES RESIDÈNCIES ABANS I DESPRÉS DE L'ENTRADA EN VIGOR DE LA LLEI DE DEPENDÈNCIA</b>	271
M. Ángeles Pérez Albertí	

UNA MIRADA DE PROTECCIÓ DE LES PERSONES GRANS M. Bel Amer Riera, M. Antònia Barceló Riera i Maria Isabel Cuart Sintes	297
ENVELLIMENT I MALALTIES NEURODEGENERATIVES. QUIN PAPER HI TENEN LES PROTEÏNES Miquel Adrover Estelrich	323
METACOGNICIÓ I ENVELLIMENT Maria Isabel Cuart Sintes i Josep Antoni Pérez Castelló	359
L'ESTIMULACIÓ COGNITIVA EN ELS SERVEIS A DOMICILI I CRITERIS DE QUALITAT Teresa Jaudenes Gual de Torrella, Enrique Gómez Prieto i Antònia Vidal Arbós	383
CIUTATS AMIGABLES AMB LES PERSONES GRANS A PARTIR DE LA NORMATIVA DE L'OMS Margalida Vives Barceló	425
LA FORMACIÓ UNIVERSITÀRIA DE PERSONES GRANS A EUROPA. REALITAT ACTUAL I PERSPECTIVES DE FUTUR Carmen Orte Socias i Martí X. March Cerdà	457
ENSENYAMENT I APRENENTATGE PER A L'EMANCIPACIÓ DELS ADULTS GRANS A LA UNIVERSITAT José Arnay Puerta, Javier Marrero Acosta i Inmaculada Fernández Esteban	483
ANÀLISI DE L'ALUMNAT DELS PROGRAMES UNIVERSITARIS PER A PERSONES GRANS DE LA UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS Carmen Orte Socias i Lluís Ballester Brage	501
ELS ALUMNES DE LA UOM EXPERIMENTEN AMB LA INVESTIGACIÓ MITJANÇANT LES HISTÒRIES DE VIDA Liberto Macías González i Lluís Ballester Brage	527
CREENCES DE LES PERSONES GRANS SOBRE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE Lydia Sánchez Prieto	551
EXERCICI FÍSIC I GENT GRAN: UNA FILOSOFIA DE VIDA Jaume Cantallops Ramon, Josep Vidal Conti, Pere Antoni Borràs Rotger, Francesc Xavier Ponseti Verdaguer i Pere Palou Sampol	587

# PRESENTACIÓ

---

Carmen Castro Gandasegui  
*Consellera de Salut, Família i Benestar Social*

En primer lloc, vull donar les gràcies i l'enhorabona a la Universitat de les Illes Balears, a través de la responsable de la càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, i a tots els professionals que han participat i col·laborat perquè, un any més, puguem tenir al nostre abast un instrument veritablement interessant, tant per a les institucions com per a la ciutadania en general, relatiu a un dels fenòmens més actuals, vitals i complexos de la societat actual, com és l'envelliment.

Sense anàlisis, sense estudis, sense investigació, en definitiva, sense una visió consistent d'allò que ens envolta és molt difícil poder planificar polítiques i implantar mesures.

Al llarg de totes les edicions, l'Anuari de l'envelliment Illes Balears ens ha ofert la perspectiva i l'estudi, des de diversos aspectes —psicològic, demogràfic, sociològic, de la salut, cultural, laboral, etc.—, d'un dels fenòmens més importants de la societat actual, tot abordant temes de vital transcendència.

En aquest sentit, té una gran rellevància disposar d'anàlisis de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears, o de les creences sobre la violència de gènere, o de la perspectiva de l'envelliment des de l'atenció primària o des dels diversos camps de la salut en diferents àmbits territorials o des dels serveis d'atenció a les persones grans.

Enguany, a les portes de l'any 2012 —un any que les institucions europees han declarat l'Any Europeu de l'Envelliment Actiu i la Solidaritat Intergeneracional— tenir a les nostres mans aquesta i la resta d'edicions dels anuaris de l'envelliment és especialment destacable, ja que un dels objectius de la commemoració d'aquest any consisteix, precisament, a conscienciar, reflexionar i treballar per tal de facilitar la creació a Europa d'una cultura de l'envelliment actiu basada en una societat per a totes les edats.

Així, durant el 2012 hi ha reptes tan essencials com promoure l'envelliment actiu i saludable; intensificar l'esforç per mobilitzar el potencial de la gent gran; fomentar la solidaritat i la cooperació entre les generacions; tenir en compte la diversitat i la igualtat d'oportunitats de les dones i els homes de més edat; fomentar-ne la participació; lluitar contra els estereotips negatius relacionats amb l'edat i la discriminació per raó de l'edat, i garantir els sistemes de protecció social.

Només si coneixem aquestes realitats, podrem incidir en els programes i els serveis que donin resposta a les necessitats de les persones grans i les seves famílies i que en millorin la qualitat de vida, prevenint i retardant situacions de dependència.

En una conjuntura difícil com l'actual, disposar d'una eina d'aquestes característiques suposa, per a qualsevol administració, un instrument de gran vàlua.





# INTRODUCCIÓ

---

## **Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2011**

En aquesta època convulsa la crisi ha començat a tenir entitat pròpia, primer en l'àmbit financer i després en l'econòmic, a tots els nivells, ocupació, salut, educació, atenció social, política, etc. —afecta la majoria de països de la Unió Europea, l'OCDE i altres països de tot el món. Ara més que mai és important plantejar l'envelliment de la població com un repte demogràfic que mereix una atenció especial. Per la seva magnitud i les seves conseqüències i per les necessàries respostes que han de produir-se a diferent nivell: polític, financer, econòmic, organitzatiu, investigador, etc., amb una perspectiva planificada del mitjà i llarg termini, evitant la presa de decisions socioeconòmiques precipitades per l'avanç de la crisi. És evident que el creixement demogràfic, especialment a partir del naixement de la generació del *baby boom*, el declivi de la fertilitat i l'augment de l'esperança de vida, donen com a resultat una població europea especialment envellida, en uns països més que en altres i amb més o menys intensitat, depenent també dels fluxos migratoris. Com indiquen les projeccions d'Eurostat, Europop2010, en els propers cinquanta anys l'envelliment de la població assolirà nivells sense precedents. Així doncs, tant l'edat mitjana com la proporció de persones més grans de 65 anys i la de persones més grans de 80 anys, es veuran augmentades, igual que la taxa de dependència en aquest grup de població, com ja està succeint ara.

D'acord amb les projeccions Eurostat de 2010, data sobre la qual pivoten les anàlisis recollides a Lanzieri (2011), les projeccions demogràfiques Europop2010 permeten analitzar un segle: 1960-2010-2060. Així doncs, si el 1960 hi havia una mitjana de tres persones joves (0-14) per cada persona gran (de 65 anys o més), el 2060 hi haurà més de dues persones grans per cada persona jove: més avis i menys nets que en el passat. A més, i tenint en compte l'augment de la població de les persones més grans, la mitjana a partir de 80 i més anys sobrepasarà en nombre els nens de menys de 5 anys d'edat al principi de la propera dècada, sempre tenint en compte que les dades de fertilitat, mortalitat i migració incideixen en les prediccions. D'acord amb aquests pronòstics, Espanya, respecte de la resta de països de la Unió, es caracteritza per una població moderadament envellida, però amb una perspectiva relativament elevada en la taxa de dependència.

Encara que, com recull l'informe del Consell de la Unió Europea en el marc de la presidència hongaresa (2011a), a propòsit de l'impacte de les tendències demogràfiques europees en el desenvolupament regional i urbà, la UE té molt poc a dir sobre la manera com es pot aconseguir l'equilibri demogràfic dins el seu territori, atès que les polítiques pel que fa als canvis demogràfics són responsabilitat dels Estats nació. La Unió Europea té un conjunt d'objectius estratègics comuns que vol aconseguir en relació amb la demografia per aconseguir la prosperitat econòmica, el desenvolupament i la sostenibilitat plasmats en documents com les estratègies de Lisboa i d'Europa 2020. De fet, els estudis i informes a partir de les dades Eurostat permeten a la Unió Europea fer un balanç dels problemes que reflecteixen les estadístiques als diferents països que agrupa i que, pel que fa a la demografia, es consideren d'interès comú, atès que el canvi

demogràfic influeix en la productivitat econòmica, en les despeses socials i en la reducció previsible de la població en edat de treballar. En referència a això, la Comissió de les Comunitats Europees (2005) ja va incloure al Llibre verd referent a aquesta qüestió diverses mesures per compensar la reducció de la població en edat de treballar com:

- Major participació en l'ocupació tant per als joves que volen incorporar-se al mercat laboral com per a les persones grans i les dones;
- Introducció d'incentius per augmentar els nivells de fecunditat;
- Suport a la immigració i més solidaritat entre generacions, apostant per:
  - o integrar els més joves flexibilitzant el sistema educatiu;
  - o tenir un enfocament laboral que inclogui el cicle vital laboral, i poder flexibilitzar la dedicació laboral en funció del grup d'edat i les responsabilitats familiars.
- Major flexibilitat en la transició del treball a la jubilació.

La Comissió Europea mostra confiança en la capacitat d'Europa per afrontar el canvi demogràfic i l'envelliment de la població, tal com reflecteixen diversos informes: el 2006, l'informe titulat «El futur demogràfic d'Europa. Transformar un repte en una oportunitat», en el qual es posa l'accent en la necessitat d'actuar en cinc àmbits clau: la renovació demogràfica, l'ocupació, la productivitat, la integració dels immigrants i les finances públiques sostenibles. L'informe demogràfic 2010, titulat «Older, more numerous and diverse Europeans» ('Europeus més vells, més nombrosos i diversos'), publicat el 2011, també recull les dades estadístiques dels 27 països de la Unió, amb la finalitat d'entendre les característiques de cada país i identificar les d'altres països que puguin servir de model a seguir. Les dades demogràfiques són molt clares. Parlem d'un col·lectiu en creixement que necessita que es desenvolupin polítiques socials integrals i globals en les quals l'educació hi fa un paper fonamental. L'envelliment actiu és un component molt important d'aprenentatge en relació amb l'esperança de vida. Les conductes de salut són conseqüència de comportaments apresos.

En aquesta línia, l'informe posa en relleu el tipus de suport que la UE pot oferir als Estats membres en matèria de coordinació de les polítiques existents i amb les activitats organitzades sota el paraigua de l'Aliança Europea per a les Famílies i l'Any Europeu 2012 de l'Envelliment Actiu. Sobre aquest tema, per celebrar el desè aniversari del Pla d'acció sobre l'envelliment de les Nacions Unides i respondre als reptes demogràfics als quals s'enfronta Europa, la Unió Europea va declarar el 2012 l'Any Europeu de l'Envelliment Actiu i la Solidaritat entre Generacions (EY2012). Aquest any europeu

pretén augmentar la consciència sobre la contribució de les persones grans a la societat i la importància de la solidaritat entre generacions. Però, principalment pretén animar els polítics i les parts interessades en aquesta tasca, a establir metes precises per aconseguir. Aquest any 2012 pretén millorar les oportunitats de les persones grans per estar al mercat laboral i compartir les seves experiències, seguir mantenint un rol actiu en la societat i viure una vida tan sana i satisfactòria com sigui possible. Les transformacions demogràfiques són, doncs, un objectiu estratègic de la UE que planteja tres àrees de política per impulsar el creixement econòmic i aconseguir una major cohesió social: la promoció de l'envelliment actiu, la integració dels immigrants i els seus descendents, i la conciliació del treball remunerat i les responsabilitats familiars.

En aquesta interpretació, la Comissió Europea, dins un nou enfocament de programació conjunta per fomentar la col·laboració i la coordinació en R + D a Europa impulsada pels Estats membres, ha potenciat la iniciativa titulada «More Years, Better Lives: The potential and challenges of demographic change» (2011b) ('Més anys, una vida millor. El potencial del canvi demogràfic'). L'objectiu és millorar la coordinació i la col·laboració entre els europeus i els programes nacionals d'investigació relacionats amb el canvi demogràfic des d'una visió positiva, conjunta, multidisciplinària i transnacional; el punt de partida és que el canvi demogràfic no sols representa els reptes i el perill de disminució de la capacitat econòmica i la cohesió social de les societats afectades, també té el potencial d'originar un canvi positiu per als ciutadans de totes les generacions. Aquesta iniciativa reuneix els diferents programes d'investigació i investigadors de diverses disciplines amb la finalitat de comprendre les diferents facetes del fenomen de l'envelliment individual i social, així com aportar solucions per als desafiaments futurs i utilitzar les possibilitats de canvi social a Europa. Les àrees principals d'investigació interdisciplinària se centren en:

- Salut i rendiment: potenciar la bona salut com a factor més important per viure de forma independent en la vellesa.
- Benestar i sistemes socials: elaborar noves propostes per afrontar les demandes d'una població canviant i garantir la seguretat social per a tots els ciutadans.
- Treball i productivitat: contrarestar la segregació generacional mantenint i millorant la productivitat econòmica i la inclusió social.
- Educació i aprenentatge: potenciar l'educació contínua per assegurar la inclusió econòmica i social
- Habitatge, desenvolupament urbà i rural i mobilitat: potenciar la inclusió social en entorns domèstics i residencials, tant en contextos rurals com en urbans.

Tal com es considera en aquesta iniciativa, l'objectiu de totes les investigacions sobre el canvi demogràfic és desenvolupar una relació forta entre el món acadèmic, els responsables polítics i altres actors públics i privats, incloses les persones grans. Es pretén amb això posar les bases per a les innovacions mèdiques, tecnològiques i socials en les properes dècades i proporcionar dades per a una política basada en l'evidència que tingui en compte el que es necessita, què pot fer-se, com posar-ho en pràctica, i com avaluar-ho per poder adaptar les polítiques que es duguin a terme.

Com ha quedat exposat, l'aposta per la investigació transnacional forma part de les propostes originades en relació amb el repte demogràfic, igual que l'avaluació de la seva eficàcia. De fet, el treball recent del Population Reference Bureau (PRB) i el Programa Mundial d'Envel·liment de l'Standford Center on Longevity (SCL), proporcionen instruments amb la finalitat de facilitar aquest tipus d'anàlisi. El denominat índex de SCL/PRB de benestar en les poblacions grans que aporten, permet disposar d'una mesura del benestar de les persones grans sobre la base de dades comparables a nivell transnacional i amb la finalitat de conèixer els factors que contribueixen a la situació d'un país determinat. L'índex resumeix 12 indicadors clau de benestar en la vellesa a través de quatre àmbits: material, físic, social i emocional. D'acord amb els resultats d'aquest estudi publicats el 2011, amb dos grups d'edat (65-74 i 75+), Espanya, en comparació amb la resta dels 11 països analitzats amb similars nivells de desenvolupament (Àustria, Bèlgica, Dinamarca, França, Alemanya, Grècia, Itàlia, Països Baixos, Suècia, Suïssa i Estats Units) ocupa, al costat d'Itàlia, la part inferior del benestar general de tots dos grups d'edat. En la majoria dels indicadors considerats, aquests dos països tenen puntuacions que els situen en la meitat inferior dels països en aquest estudi, malgrat que són considerats els països amb sistemes familiars més tradicionals. Aquests resultats són consistents amb els aportats per Eurostat en el sentit que els països tenen diferents avantatges i s'enfronten a reptes diferents per millorar l'estat general de les seves poblacions més grans. Tal com l'informe suggereix, és més útil en la política i en la planificació de programes conèixer quins són els factors de millora o deterioració de la situació relativa d'un país basats en aquests resultats, que preocupar-se massa amb les puntuacions de l'índex i la classificació sobre la base d'aquests resultats.

És, doncs, possible i viable, si es duen a terme les accions proposades, considerar el canvi demogràfic reconeixent que presenta molts desafiaments però que pot crear moltes oportunitats. Tal com comentàvem anteriorment, és necessari planificar les oportunitats. D'una altra forma, el canvi demogràfic pot veure's com una càrrega, la qual cosa requerirà una revisió dels sistemes de salut i socials i una tendència a la reducció dels serveis públics. Sobre aquest tema, i tal com proposa l'informe de l'International Longevity Center (Centre Internacional de Longevitat) del Regne Unit (2011), a propòsit del canvi demogràfic als països de l'OCDE, aquest tipus d'enfocaments, denominats de summa zero, qüestionen els basats en la solidaritat de molts models de benestar social, particularment europeus, i també

enfronten diferents generacions entre si. El Centre Internacional de Longevitat parteix de la base que les diferents generacions poden fer contribucions útils a la societat, encara que diferents, la qual cosa es coneix com l'enfocament del cycle de vida. A partir d'aquí proposa solucions innovadores que incorporen noves formes d'abordar l'envelliment, les quals poden implicar noves tecnologies i nous processos. A l'àrea de la salut, aquest enfocament del cycle de vida inclou un major èmfasi en la prevenció i la promoció d'estils de vida saludables en totes les etapes de la vida, perquè les persones romanguin actives, i per prevenir o mitigar les malalties cròniques, així com un enfocament basat a mantenir la vida independent i fora de l'atenció institucional. En definitiva, en l'informe s'aposta també per un enfocament ampli que afavoreixi i possibiliti l'envelliment saludable i actiu.

Des de la Càtedra d'Atenció a l'Autonomia i Promoció de l'Autonomia Personal de la Universitat de les Illes Balears, pretenem aprofundir en el coneixement de la realitat de les persones grans de les Balears a través d'aquesta publicació, la qual iniciarem el 2008 i ara continuem amb aquest quart volum.

La publicació d'aquest anuari forma part de les accions de promoció de la qualitat de vida de les persones grans que es duen a terme des de la Càtedra a través de la disseminació d'informació sobre aquest col·lectiu per part dels professionals i investigadors de les Balears que treballen en diferents àmbits, de la salut, social, educatiu, econòmic, etc., amb el col·lectiu de les persones grans. També a través de la promoció de la investigació i de la formació permanent i especialitzada de professionals que duem a terme a través de cursos presencials o en línia, de diferents tipus de durada. En aquesta línia, cal destacar el Màster d'Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB 2010-11, així com algunes línies destacades d'investigació pionera com el maltractament a la dona gran a les Balears.

L'estructura d'aquest quart anuari segueix la línia marcada pels objectius plantejats a la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Es presenten vint treballs duts a terme per diferents autors amb els títols següents: «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les illes Balears»; «Atenció a les persones en situació de dependència al municipi de Palma»; «Perspectiva de l'envelliment des de l'atenció primària»; «Atenció a l'envelliment en l'atenció primària de Mallorca»; «Programa d'atenció sociosanitària a Eivissa»; «Centre de Formentera: els inicis en qüestió de dependència»; «Descripció i valoració dels usuaris i dels recursos dels centres de dia»; «Cures pal·liatives geriàtriques. Model de l'Hospital Sant Joan de Déu»; «Comparativa del perfil dels usuaris i de la situació de les residències abans i després de l'entrada en vigor de la llei de dependència»; «Una mirada de protecció de les persones grans»; «Envelliment i malalties neurodegeneratives: quin paper hi tenen les proteïnes»; «Metacognició i envelliment»; «L'estimulació cognitiva: un servei de suport a domicili»; «Ciutats amigables amb els grans a partir de la normativa de l'OMS»; «La formació universitària de persones grans a Europa. Realitat actual i perspectives de futur»; «Ensenyament i aprenentatge per



a l'emancipació dels adults grans a la Universitat»; «Anàlisi de l'alumnat dels programes universitaris per a persones grans de la Universitat de les Illes Balears»; «La Universitat Oberta per a Majors (UOM) experimenta amb la investigació mitjançant les històries de vida»; «Creences de les persones grans sobre la violència de gènere»; «Exercici físic i gent gran: una filosofia de vida».

Es tracta de treballs elaborats per professionals i investigadors que duen a terme la seva labor en diferents disciplines i àmbits de treball en els àmbits demogràfic, social, sanitari, mèdic, psicològic i educatiu. Treballs que ens permeten conèixer millor la població gran de les Illes Balears i que sens dubte contribueixen a la visibilitat d'aquest col·lectiu i a reflexionar sobre el treball que es duu a terme i el que queda per fer. Des de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i des de la Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2011, donem les gràcies a tots i totes els autors pel seu treball i per la seva contribució al fet que aquest quart anuari es pugui haver dut a terme.

## Referències bibliogràfiques

Comisión de las Comunidades Europeas (2006). *El futuro demográfico de Europa. Transformar un reto en una oportunidad*. Obtingut el 20 d'abril de 2010 de: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/situation\\_in\\_europe/c10160\\_es.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe/c10160_es.htm)

Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro Verde. Frente a los cambios demográficos una nueva solidaridad entre generaciones*. Obtingut el 20 de gener de 2010 de: [http://europa.eu/documentation/official-docs/green-papers/index\\_es.htm#2005](http://europa.eu/documentation/official-docs/green-papers/index_es.htm#2005)

European Commission (2011a). Demography report 2010. *Older, more numerous and diverse Europeans*, Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Unit D.4, Eurostat, the Statistical Office of the European Union, Unit F.1 Luxembourg: Publications Office of the European Union. Obtingut el 3 de juny de 2011 de: [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6824&langId=en](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6824&langId=en)

European Commission. European Research Area. Joint Programming Initiative (2011b) *More Years, Better Lives: The potential and challenges of demographic change*. Obtingut el 2 de juliol de 2011 de: <http://www.jp-demographic.eu/>

Lanzieri, G. (2011). *Population and social conditions. The greying of baby boomers*. A: Eurostat. Statistics in focus 23/2011. Obtingut el 17 de setembre de 2011 de: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Population\\_projections](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_projections)

Metropolitan Research Institute (2011). *The impact of European demographic trends on regional and urban development*. Issued within the framework of the Hungarian Presidency of the Council of the European Union, Budapest. Obtingut el 5 d'agost de 2011 de: [www.eukn.org/dsresource?objectid=224474](http://www.eukn.org/dsresource?objectid=224474)

Population Reference Bureau & Standford Center on Longevity (2011). *SCL/PRB Index of Well Being in Older Populations*. Final Report. Global Aging and Monitoring Project. Obtingut el 10 d'octubre de 2011 de: <http://www.prb.org/pdf11/SCL-PRB-IndexofWellBeingOlderPopulations.pdf>

The International Longevity Centre-UK (ILC-UK) (2011). *Ageing, health and innovation: Policy reforms to facilitate healthy and active ageing in OECD countries*. Obtingut el 7 d'octubre de 2011 de: [www.ilcuk.org.uk](http://www.ilcuk.org.uk).



**ANÀLISI DE LES CARACTERÍSTIQUES  
DEL SOBREENVELLIMENT FEMENÍ  
A LES ILLES BALEARS**

---

## **Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears**

Ferran Dídac Lluch i Dubon

---

## Resum

La població dels països desenvolupats, entre els quals naturalment hi trobem l'Estat espanyol i, conseqüentment, l'arxipèlag Balear; ha experimentat al llarg del segle XX un fenomen demogràfic que ha significat un avenç sense precedent en la història de la Humanitat: un espectacular increment de l'esperança de vida que ens acosta, de cada cop més, a la longevitat màxima de l'espècie humana. L'evolució no s'ha aturat al llarg del segle XXI i les taxes, tendents a una certa confluència entre sexes, continuen augmentat.

L'article s'inicia amb la reflexió sobre la longevitat humana i la durada de la vida no només des d'un punt de vista quantitatiu (anys de supervivència) sinó també qualitatiu (quin és l'estat de la salut al llarg dels anys de la vida humana).

Després, l'existència d'una important bretxa de gènere i la constatació dels múltiples factors que intervenen en la supervivència i el manteniment de la salut de les persones ens ha suggerit adreçar l'article a l'estudi d'alguns dels principals determinants de la salut. Determinants que poden ser, d'una banda, negatius com ara els hàbits de consum de productes tòxics (tabac i alcohol, principalment) o, contràriament, tenir efectes positius sobre la salut de la població general, com ara el consum de fruites i verdures i la pràctica de l'activitat física.

## Resumen

La población de los países desarrollados, entre los que naturalmente se sitúa el Estado español y, consecuentemente, el archipiélago Balear; ha experimentado a lo largo del siglo XX un fenómeno demográfico que ha significado un avance sin precedentes en la historia de la Humanidad: un espectacular incremento de la esperanza de vida que nos acerca, de cada vez más, a la longevidad máxima de la especie humana. La evolución no se ha parado a lo largo del siglo XXI y las tasas, cuyos datos por sexos presentan una cierta tendencia a confluir, continúan aumentando.

El artículo comienza con la reflexión sobre la longevidad humana y la duración de la vida no sólo desde un punto de vista cuantitativo (años de supervivencia) si no también cualitativo (cómo es el estado de la salud a lo largo de los años de vida).

Después, la existencia de una importante brecha de género y la constatación de los múltiples factores que intervienen en la supervivencia y el mantenimiento de la salud de las personas nos ha sugerido dirigir el artículo al estudio de algunos de los principales determinantes de la salud. Determinantes que pueden ser, por un lado negativos, como los hábitos de consumo de productos tóxicos (tabaco y alcohol, principalmente) o, por el contrario, tener efectos beneficiosos sobre la salud de la población general, como por ejemplo el consumo de frutas y verduras y la práctica de actividad física.

---

## 1. Introducció

### 1.1. Què és la bretxa de gènere?

Per facilitar la comprensió del terme hem de reflexionar primerament sobre la paraula bretxa. Si en fem la recerca a un diccionari o enciclopèdia hi trobarem diverses accepcions o significats. Una bretxa és d'una banda, una tipus de roca sedimentària; un pas estret entre muntanyes; l'obertura que fa l'artilleria en un mur o l'obertura engrandida en la massa d'una roca calcària, per només esmentar-ne alguns dels significats. És un terme com podem comprovar que té un ús habitual en camps com la geologia, de la qual fonamentalment ha estat manllevada i adaptada a un sentit paral·lel a algunes qüestions analitzades per les ciències socials. L'ús de paraules provinents de les ciències naturals, físiques i matemàtiques a altres ciències de tipus socials ha estat una constant al llarg de la història i ha permès enriquir la terminologia científica. El llenguatge, les paraules, confereixen precisió als conceptes i faciliten la transmissió de coneixement i permeten, en darrer terme, el propi avenç de la ciència. La paraula bretxa, aplicada a les ciències socials, defineix una discontinuïtat, una separació real i palesa existent en el si del grup humà analitzat per una determinada barrera, bé sigui per exemple l'edat quan parlem de la bretxa digital, bé sigui el sexe que determina els estudis gènere com el que pretenem dur a terme al llarg d'aquest article. La distribució de l'espècie humana entre homes i dones amb unes bases biològiques i fisiològiques diferenciades i amb uns rols socials ben definits determinen que existeixin importants desigualtats en aspectes tan diferents com l'esperança de vida, la salut i la percepció de la salut, l'estil de vida, l'ús del temps lliure i tants i tants d'aspectes que fan no només interessant sinó també aconsellable realitzar estudis que permetin aprofundir precisament en les bretxes de gènere existents és a dir, en posar de relleu les diferències que hi per sexes quan a hàbits, comportaments o característiques amb la finalitat d'esbrinar-ne les causes i, si això és possible, intervenir per evitar que es produeixin o, en cas que no es pugui reduir la incidència, posar el marxa els serveis necessaris per reduir l'impacte de les problemàtiques per gènere detectades.

### 1.2. La perspectiva del gènere en els estudis actuals

Per concloure aquest breu apartat introductori volia fer unes succintes reflexions sobre el paper dels estudis de gènere en les disciplines científiques actuals. No es tracta d'oferir una semblança acurada de l'evolució dels estudis de gènere, tasca que cau fora de l'abast de l'article, sinó simplement destacar la importància del gènere com a nucli dels estudis científics recents.

Els estudis de gènere es basen en la distribució de la població humana per sexes. El sexe però no suposa només uns determinants biològics primaris derivats de la pròpia natura de cada ésser humà, sinó que en relació amb l'entorn espacial i temporal en què viu cada

ésser humà suposa una sèrie d'importantíssims determinants socioculturals imposats per la pertinença a un determinat sexe. La constatació d'aquestes diferències i condicionaments, distints en el temps i l'espai geogràfic, fa que els estudis de gènere, sobretot a partir del recent reconeixement del paper de la dona i la discriminació històrica a què ha estat sotmesa a les societats occidentals, hagin adquirit una importància fonamental.

El sexe ha estat una variable bàsica des dels primers recomptes demogràfics fins a qualssevol estudis científics que tinguin com a finalitat esbrinar i donar a conèixer les característiques bàsiques de qualsevol grup de població humana. Nogensmenys, hom ha de reconèixer que s'ha produït un canvi molt important en l'anàlisi dels grups humans des de la perspectiva de sexe, que ha passat de ser considerada com una simple variable més a tenir en compte des d'un punt estadístic com un factor de distribució de la societat sense cap mena de càrrega o significat propi a esdevenir un punt central de reflexió científica i social, que es reconeix amb el canvi de nomenclatura passant a denominar-se estudi de gènere i no ja simplement de distribució per sexe.

La importància que han adquirit les reflexions entorn al gènere en la nostra societat actual es reflecteixen des de l'elaboració de publicacions estadístiques que pretenen acostar-nos a les diferències per sexe que presenta la nostra societat com ara "Hombres y mujeres" que elabora l'INE (Institut Nacional d'Estadística) a les publicacions específiques sobre aquesta matèria, com el Butlletí informatiu de maig de 2011 de l'Observatori Social de les Illes Balears, fruit de la col·laboració entre la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i la Universitat de les Illes Balears, dedicat a l'estudi de la bretxa de gènere en la salut i l'estil de vida de la població de les Illes per només esmentar un exemple actual centrat a les nostres illes; com el reconeixement del problema que suposa la pervivència de rols socials que pretenen reproduir comportaments masclistes que atorguen a les dones un paper submís i secundari i que s'ha reflectit, per exemple, en la creació de jutjats específics i de figures legals específiques tendents a eradicar el que es coneix com a violència de gènere i, per posar-ne un altra exemple, l'elaboració de normes que pretenen acabar amb la preeminència injustificada i injustificable dels homes en determinats nivells de decisió i gestió. Així, han aparegut paulatinament directrius i normes d'obligat compliment que tendeixen a aconseguir la paritat en òrgans polítics, gestors i de tota mena amb la finalitat d'evitar la discriminació per sexe que, com sabem, és un dels pilars recollits en la nostra Constitució i en totes les constitucions dels països que vulguin ser considerats en l'esfera dels països moderns i democràtics.

La societat només serà realment igualitària quan no sigui necessària cap mesura de discriminació positiva. Aquestes mesures, tot i amb això, són contestades per determinats sectors que tenen com a finalitat perpetuar l'*status quo* que s'avé als seus propis interessos. La discriminació positiva, personalment considero, que té raó de ser en qualsevol circumstància en què coexisteixin col·lectius forts front a altres sectors més febles per



causes de qualsevol tipus, ja siguin sexuals com és el cas que hem comentat, però també d'altra mena com religiosos, ètnics o lingüístics.

Vull aprofitar l'avinentsa per fer un incís sobre la situació que pateix el català a les Illes Balears. La nostra societat viu una situació d'amenaça lingüística en què, la situació teòrica bilingüe entre el català i el castellà és, en realitat, de diglòssia i de preeminència del castellà sobre el català. En aquest sentit sembla que seria del tot just i necessari reforçar i ampliar les mesures de discriminació positiva envers la nostra llengua: el català. Doncs bé, l'actual Administració autonòmica, vol accentuar la diglòssia de l'Administració eliminant un criteri fonamental per accedir-hi: un cert grau de coneixement de català, tot i que del pogrom se n'ha lliurat, de moment, l'ensenyament. Ús en recomano la lectura d'un extens article d'en Josep M. Quintana, jurista de reconegut prestigi, titulat "La regulació estatutària en matèria de llengua" publicat en dues parts, el dissabte dia 30 de juliol i el diumenge dia 31 de juliol de 2011 al Diari de Menorca. En la primera part titulada "Uns textos que el govern no pot obviar" planteja la natura anti-constitucional i anti-estatutària que suposaria aquesta mesura i en la segona part titulada "Els dret i els deures lingüístics" fa un brillant anàlisi sobre el dret i el deure d'ús de la nostra llengua en la nostra societat i de quin ha de ser el paper de les administracions públiques en aquest sentit.

### **1.3. Perquè una reflexió sobre el gènere i la població de 65 i més anys?**

Ja hem dit que qualsevol estudi de gènere parteix del reconeixement inicial de les desigualtats existents en el si d'una societat determinada per raó del sexe i pel paper diferencial que la societat els hi confereix. Aquestes desigualtats són paleses i afecten aspectes tan fonamentals com la longevitat mitjana per sexe, l'anomenada esperança de vida. L'esperança de vida en els països desenvolupats, entre els quals cal situar-hi naturalment les nostres illes, s'estén molt més enllà de l'edat considerada i, per aquest motiu, trobam plenament justificat dedicar un estudi específic a algunes de les qüestions de gènere que caracteritzen la població de 65 i més anys, i que és l'objecte d'anàlisi de l'anuari en què s'insereix aquest article.

Hem circumscrit l'estudi a alguns aspectes bàsics de gènere que afecten aspectes fonamentals del col·lectiu de població de 65 i més anys com la longevitat i l'esperança de vida i alguns aspectes que tenen a veure amb l'estil de vida com a determinants de l'estat de la salut de la població en general i d'aquest col·lectiu en particular, com ara els hàbits tòxics, l'índex de massa corporal, el consum de productes vegetals i la pràctica d'exercici físic. No es pot pretendre tanmateix, que aquest article sigui un estudi exhaustiu de gènere i tercera edat, ans al contrari, suposa una primera presa de contacte en un camp en què encara hi ha molt per endegar i investigar i que pot servir com a estímul per a estudis específics posteriors.

## 2. Longevitat i bretxa de gènere

### 2.1. Algunes reflexions prèvies sobre el límit de la vida

L'home és un ésser especial dins l'univers conegut. Alguns hi atribueixen aquesta condició a la intervenció d'una entitat superior (Déu) i altres simplement ho atribueixen a una sèrie afortunada (o no) d'esdeveniments evolutius. Sigui com sigui, l'home ha estat capaç d'assolir grans èxits científics, tecnològics, culturals i artístics; tot i que, existeixen grans diferències territorials i socials d'accés al benestar assolit i el model de benestar es basa en unes taxes de consum de recursos i energia inassumibles a mig termini, que posen en un greu perill l'equilibri ecològic planetari.

D'altra banda però, l'home no és més que un tipus d'espècie animal, programada bioquímicament per tenir una durada determinada. Cada espècie té una longevitat màxima, o un límit biològic, si preferiu aquesta terminologia. El límit temporal que poden esperar viure les espècies és molt variable. Generalment, les espècies més simples tenen una durada menor, mentre els organismes més complexos tenen una durada molt més llarga. Entre els regnes en què es classifica l'estudi dels éssers vius, algunes espècies vegetals (arbres com pins, sequoies...) poden arribar a viure alguns milers d'anys i tenen longevitats molt més elevades que els representants d'altres regnes com l'animal, on algunes espècies poden arribar a viure, de manera extraordinària, algunes centenars d'anys.

El límit biològic de l'espècie humana es discuteix. Algunes publicacions atribueixen el màxim de supervivència documentat d'una persona en els 122 anys. La veritat és que els casos en què se superen els 110 anys són molt poc freqüents i encara molt menys, els 115 anys. És cert que, de cada cop, hi ha més persones que superen els 100 anys a les societats desenvolupades però, aquest grup de persones representen un escassíssim percentatge respecte el dels qui no arriben a aquesta edat. Podríem convenir, consegüentment, que hi ha una barrera biològica situada per davall dels 100 anys, que actua com una asíntota matemàtica, una línia a la qual podem intentar apropar-nos però que resulta gairebé impossible d'ultrapassar; els qui hi passen serien, simplement, les excepcions que confirmen la regla.

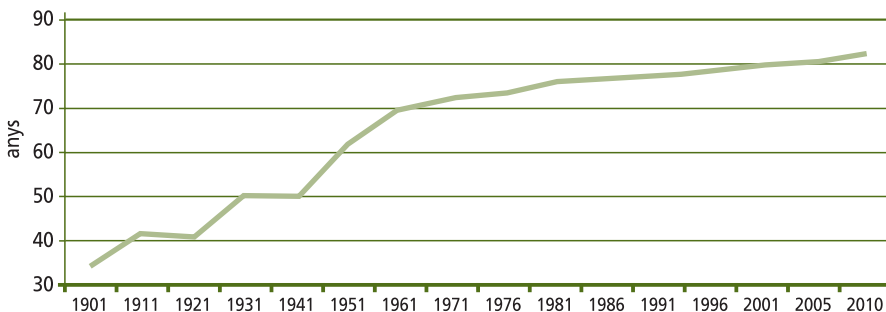
La humanitat és la única espècie coneguda que dedica grans esforços a aconseguir que els seus membres arribin a la longevitat biològica màxima i que, a més, ho facin en bona salut. Hi no només ho continua fent, sinó que alguns científics intenten esbrinar tots els complexos mecanismes que intervenen en el procés d'envelliment a fi d'alentir-lo o revertir-ne alguns dels efectes amb la doble finalitat de perllongar la longevitat biològica màxima, d'una banda i, per l'altra, de millorar l'esperança de vida en bona salut.

## 2.2. L'esperança de vida

Quina diferència hi ha entre el màxim biològic de l'espècie i l'esperança de vida que ens ofereixen les estadístiques?. La resposta és senzilla. Mentre la primera respon a condicionants naturals o biològics i depèn simplement de l'espècie a que faci referència; l'esperança de vida és un càlcul de probabilitats que ens diu quants anys de mitjana pot esperar viure una persona d'una determinada edat en cas que persisteixin els patrons de mortalitat per edat existents en el moment del càlcul. L'esperança de vida, per tant, és un indicador de mortalitat que respon a les circumstàncies científiques, tècniques i socioeconòmiques de cada societat concreta i en cada moment determinat. És un indicador bàsic per valorar les condicions de salut i el desenvolupament d'una societat i per això s'ha incorporat com un indicador bàsic entre els indicadors estructurals i de desenvolupament sostenible de la Unió Europea.

La característica bàsica de l'esperança de vida en els països desenvolupats ha estat, sense cap gènere de dubte, l'important avenç experimentat al llarg del segle XX i que continua, de manera menys accelerada en el segle XXI. Aquest augment en l'esperança de vida de la població deriva dels avenços científics i tecnològics, fonamentalment en les ciències mèdiques i l'accés universal de la població als serveis sanitaris; les millores en l'alimentació i la higiene i els canvis en les condicions de vida generals d'aquestes societats.

**Gràfic 1 | Evolució de l'esperança de vida l'Estat espanyol. 1901-2010**



\* Les dades de 2010 són provisionals

Font: Elaboració personal a partir de dades de l'INE

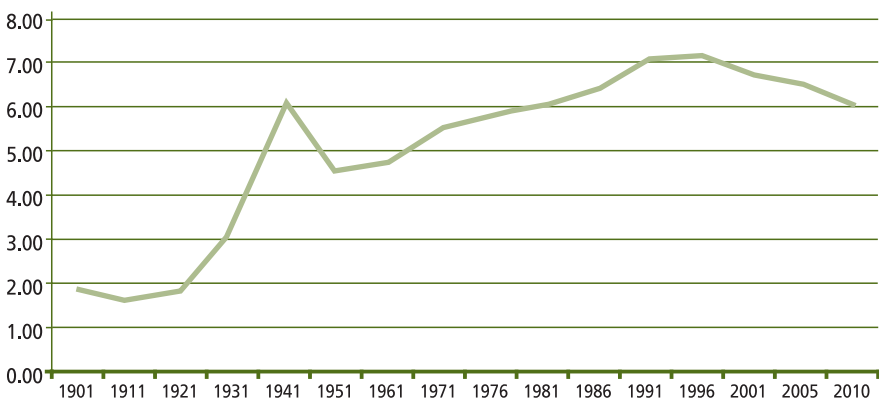
A principis de segle XX l'esperança de vida a l'Estat espanyol no arribava ni tan sols als 35 anys mentre que aquestes xifres, segons dades provisionals de 2010, han evolucionat espec-

tacularment fins assolir prop dels 82 anys (81,96 anys). Les raons ja les hem explicades en paràgraf anterior, només volíem incidir que els avenços indicats han gairebé permès eradicar la mortalitat infantil evitable, que té una gran incidència en el càlcul de l'esperança de vida general. Altres factors mèdics importants són la supervivència de les dones en els processos del part i el puerperi i la gran millora en el tractament dels processos infeccions, epidèmics i generals, gràcies a la investigació microbiològica i farmacològica, com també el desenvolupament d'un gran nombre de tècniques i procediments diagnòstics i de tractament mèdic que han contribuït i contribueixen de manera molt significativa a l'augment registrat de l'esperança de vida. Les millores en el camp mèdic han anat acompanyades, com hem dit, d'avenços en l'organització social (models sanitaris d'accés universal a la sanitat) en la higiene, l'alimentació i la cultura de la salut i el serveis i els equipaments, en general.

L'increment general de l'esperança de vida i de l'esperança de vida en edats avançades origina l'acumulació de grups cada vegada més nombrosos de població d'edat avançada en el procés que es coneix com a envelliment de la població.

Una altra característica bàsica de l'esperança de vida és l'existència d'una important bretxa de gènere, favorable a les dones. La important diferència en la incidència de la mortalitat per sexes explica que tant en el moment del naixement com en edats avançades, les taxes de supervivència siguin superiors en les dones. Aquest fet determina el que en demografia es coneix com a feminització de la vellesa, és a dir, l'increment destacable dels efectius femenins sobre els masculins en edats avançades.

**Gràfic 2 | Evolució de la bretxe de gènere. 1901-2010**



\* Les dades de 2010 són provisionals

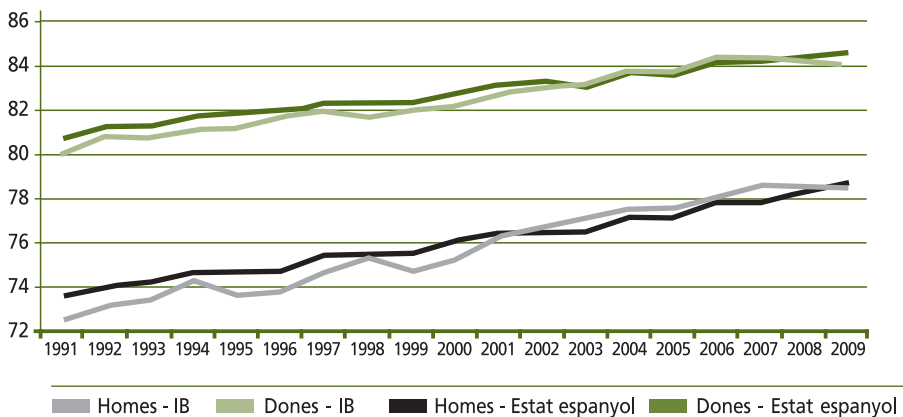
Font: Elaboració personal a partir de dades de l'INE

A començaments de segle la bretxa de gènere era inferior als 2 anys (1,85 concretament) mentre que en 2010 se situa en els 6,01. La màxima bretxa de gènere s'assolí a mitjans dels anys 90 del segle passat i la tendència actual sembla que és a que es redueixi la diferència de la supervivència entre sexes. Alguns autors parlen que el canvi en el rol de la dona de la societat i el major consum de substàncies tòxiques, fonamentalment, el tabac n'expliquen aquesta tendència. Personalment consider que, a més d'aquests factors que és evident que han de contribuir a incrementar les taxes de mortalitat entre les dones, també hi ha un factor clau: les probabilitats de supervivència de les persones que han avançat de manera espectacular troben un obstacle insalvable: el límit de la longevitat com a espècie humana. Així, cal esperar que a mig termini, si no hi ha cap descobriment revolucionari que ho modifiqui, les esperances per sexe tendeixen a convergir amb una cert avantatge de la supervivència femenina, ja que a més dels factors sociològics i de gènere, la diferència de mortalitat entre sexes té una innegable component biològica.

### 2.3. L'esperança de vida en néixer

Com ja hem esmentat abans l'esperança de vida és un indicador que ens informa, de manera sintètica, no només de l'estat de salut d'una població sinó també, indirectament, del grau de desenvolupament i organització de la societat a què es refereix.

**Gràfic 3 | Evolució de l'esperança de vida en néixer per sexes, 1991-2009. Illes Balears i Estat espanyol**



Font: INE. Indicadors demogràfics bàsics

Ja hem parlat de l'espectacular creixement de l'esperança de vida al llarg del segle XX fruit de l'avenç científic, econòmic, social i de les condicions de vida generals de la població.

El gràfic adjunt ens confirma que en el primer decenni del segle XXI es manté la tendència del retard en el moment mitjà de la defunció o dit d'una manera, es perllonguen els anys que de mitjana viu la població, tant la masculina com la femenina.

Les dades d'esperança de vida de l'Estat espanyol se situen per sobre la mitjana de la Unió Europea dels 27 segons dades de l'Eurostat. Les darreres dades disponibles de 2008 oferien una esperança de vida en néixer de 76,4 i 82,4 anys per als homes i les dones, respectivament, a la UE-27, mentre que a l'Estat espanyol aquests valors eren de 78,2 i 84,5. L'esperança de vida dels homes només era superada en unes poques dècimes per França i era igual a la d'Itàlia. Quant a les dones també només uns pocs països oferien xifres més positives, com Itàlia, Suècia, els Països Baixos i Xipre. Sigui com sigui, podem afirmar que l'esperança de vida de la població a l'Estat espanyol ocupa posicions capdavanteres entre els països més desenvolupats del món.

Les dades d'esperança de vida de les illes Balears són molt similars a les de l'Estat espanyol. Val a dir que després d'uns anys en què les dades de l'arxipèlag eren unes dècimes més favorables a la mitjana estatal, els càlculs de 2009 mostren una tendència inversa i l'esperança de vida, tant dels homes com les dones a l'Estat és superior a la de les Illes. Els homes assoliren una esperança de vida de 78,54 anys a l'Estat mentre que a les Illes era de 78,41. Les dones presentaren una esperança de vida en néixer de 84,56 i 83,95, respectivament. Aquesta situació reflecteix algunes diferències quant a esperança de vida entre les CA de l'Estat.

**Taula 1** | *Esperança de vida en néixer per comunitat autònoma i sexe. 2009*

Comunitat autònoma	Ambdós sexes	Homes	Dones
Andalusia	80,292689	77,2611	83,325907
Aragó	81,94773	78,936454	85,039272
Astúries, Principat d'	80,83537	77,449911	84,126567
Balears, Illes	81,165017	78,413971	83,950869
Canàries	81,209084	78,530541	83,922257
Cantàbria	81,870835	78,399901	85,312941
Castella-Lleó	82,536941	79,536992	85,624718
Castella-La Manxa	82,221906	79,548797	84,963241
Catalunya	81,868605	78,896283	84,756065
Comunitat Valenciana	81,186391	78,271561	84,105374
Extremadura	80,91219	77,686903	84,298836
Galícia	81,290207	77,897554	84,623075
Madrid, Comunitat de	82,963958	79,920095	85,664647
Múrcia, Regió de	80,91435	78,180199	83,651751
Navarra, Comunitat Foral de	82,890998	79,753879	86,030682
País Basc	81,934617	78,53397	85,235132

*continua*

Comunitat autònoma	Ambdós sexes	Homes	Dones
Rioja, La	82,479295	79,550453	85,518037
Ceuta, Ciutat autònoma de	78,561846	75,765117	81,427625
Melilla, Ciutat autònoma de	81,68291	78,420984	84,926616

Font: Indicadors demogràfics bàsics. Mortalitat. INE

Les dades d'esperança de vida de les illes Balears ens situen, si no comptabilitzem les dades de les ciutats autònomes de Ceuta i Melilla, en la 13 posició entre les CA, només per davant de les CA de Múrcia, Extremadura, Astúries i Andalusia. La CA de Madrid ocupa la primera posició quant a esperança de vida en néixer seguida per la Comunitat Foral de Navarra. Pel que fa als homes la CA autònoma de Madrid, que ocupa la posició capdavantera en aquest indicador, té una esperança de vida 1,51 anys superior a la de les Illes. Quant a les dones el màxim autonòmic es registra a Navarra amb uns valors 2,08 superiors als insulars.

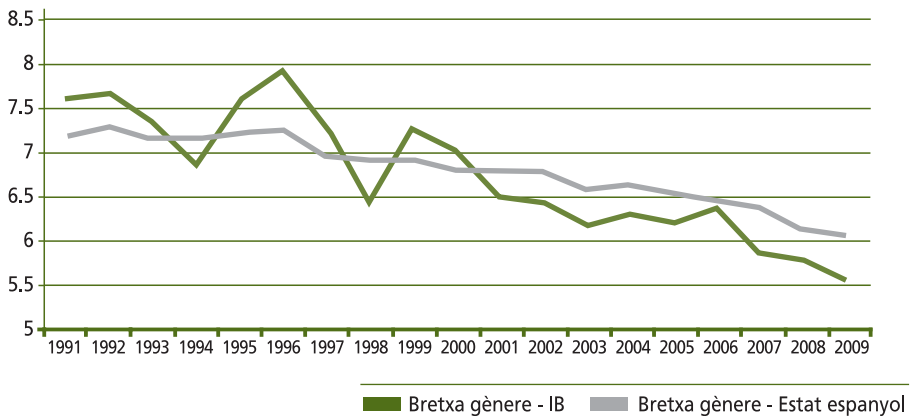
Sigui com sigui, segons dades publicades per l'Institut Nacional d'Estadística (INE) l'esperança de vida en els darrers dos decennis a les Illes Balears ha augmentat més de 5 anys, passant dels 76,09 a superar els 81,16. Aquest increment ha estat molt més significatiu entre els homes, que han vist com l'esperança de vida s'enfilava més de 6 anys, passant dels 72,39 de 1991 als 78,41 de 2009. Pel que fa a les dones, l'increment de l'esperança de vida en l'interval considerat no és tan alt. Tot i amb això, l'increment s'ha apropat als 4 anys (3,97) i ha passat dels 79,98 anys a gairebé els 84 (83,95).

L'increment de l'esperança de vida, que provoca el conegut envelliment de la població, és un dels més grans, per no dir el més gran, assoliment social. Ens permet gaudir més anys dels nostres éssers estimats tot i que, ateses les tendències demogràfiques actuals, ens trobam segurament en l'època en què més contacte entre generacions hi ha hagut en tota la història de la Humanitat. Hem tingut la sort de viure en una generació en què s'ha produït un important increment de l'esperança de vida i en què les generacions anteriors esdevenien pares molt més joves del que avui en dia succeeix. En el futur serà molt més difícil que les generacions puguin compartir tant espai temporal com a conseqüència, principalment, del marcat retard en la maternitat. Molts casos de maternitat se situen ja en el límit biològic reproductiu de les dones i no és infreqüent trobar casos de maternitat més enllà dels 45 anys, tot i que la mitjana de maternitat es troba un poc per sobre de la trentena. Mentre escric aquest article m'he assabentat casualment que un amic de joventut ha de ser pare per primer cop i la seva dona ja ha complert els 50 anys. Els hi don de tot cor l'enhorabona, alhora que ens proporcionen un exemple paradigmàtic d'un cas en què s'ha produït un bot generacional. Molts autors consideren com estàndard un interval de 25 anys com a una generació, en aquest cas, l'interval és de 50 anys i, per tant, s'ha duplicat el període. Aquest exemple il·lustra i ens permet entendre el perquè

en el futur la convivència intergeneracional minvarà necessàriament, tant la generació de pares-fills com, de manera més acusada, avis-néts.

Un altra aspecte important que s'ha de tenir en compte en analitzar l'esperança de vida és la bretxa de gènere. Ja hem dit que hi ha diferències significatives entre sexes, favorables com sabem a les persones de sexe femení. D'acord amb dades europees, la bretxa de gènere quant a l'esperança de vida en néixer en 2008 era de 6 anys a les UE-27 i de 6,3 anys a l'Estat espanyol. Tot i amb això, la tendència és a la reducció d'aquesta taxa entre gèneres (vegeu gràfic adjunt)

**Gràfic 4 | Evolució de la bretxa de gènere, 1991-2009.**  
*Illes Balears i Estat espanyol*



Aquesta tendència és registre tant a l'Estat espanyol com a les Illes Balears. Les oscil·lacions que presenten les Illes poden ser conseqüència del volum molt menor de les poblacions considerades, cosa que moltes vegades influeix en la variabilitat interanual de les sèries, però la tendència és molt similar i del mateix signe. Així, la bretxa de gènere l'any 1991 era de 7,2 i 7,6 anys a l'Estat espanyol i les illes Balears, respectivament i passà a 6,8 i 6,9 l'any 2009 i ha assolit uns valors de 6 i 5,6 l'any 2009. En l'interval considerat la bretxa s'ha reduït en 1,2 anys a l'Estat i en 2 anys a les Illes Balears.

Els factors de la major convergència de les esperances de vida per gènere és pròpia de les societats desenvolupades en què els hàbits de vida d'homes i dones tendeixen a aproximar-se. Des d'un punt de vista de la salut, l'Observatori social de les illes Balears n'esmenta com a possibles causes l'increment del consum d'alcohol i tabac entre les dones i de la major preocupació per temes de salut entre els homes, que ha fet que millorin alguns



hàbits en què s'han d'incloure les revisions mèdiques. Crec que també s'ha de tenir en compte, com ja he esmentat anteriorment en aquest article un fet purament demogràfic: el límit biològic de la longevitat humana. A mesura que ens hi acostem, el marge de millora minva i, tot i que encara augmenta l'esperança de vida, en el cas de les dones el límit ja es més proper que en el cas de les dones.

## 2.4. L'esperança de vida en edats avançades

L'esperança de vida de les dones continua sent superior a la dels homes en edats avançades, però juntament amb aquest fet, destaca que les tendències que es desprenen de les darreres dades disponibles mostren que aquesta situació no només es manté si no que s'accentua, augmentant a major ritme l'esperança de vida de les dones i, s'accentua, encara més la bretxa de gènere, en aquestes edats.

L'esperança de vida als 65 anys, d'acord amb les dades disponibles de l'Eurostat de 2008 ens diu que se situa pels homes en 17,2 anys a la UE-27 i en 18,1 a l'Estat espanyol, mentre que per a les dones la xifra es superior, de 20,7 i 22,1, respectivament.

Una de les característiques de les darreres dècades pel que fa a l'esperança de vida és l'augment de les expectatives de vida en les persones d'edat madura i avançada.

**Taula 2** | *Evolució de l'esperança de vida als 65 i als 85 anys i bretxa de gènere. 1991-2009. Espanya*

	Esperança de vida als 65 anys			Esperança de vida als 85 anys		
	Homes	Dones	Bretxa de gènere	Homes	Dones	Bretxa de gènere
1991	15,6	19,2	3,6	5,0	5,7	0,7
1992	15,9	19,6	3,7	5,2	5,9	0,7
1993	15,9	19,6	3,8	5,1	5,8	0,7
1994	16,1	19,9	3,8	5,2	6,0	0,8
1995	16,1	20,0	3,8	5,2	5,9	0,8
1996	16,2	20,1	3,9	5,1	6,0	0,8
1997	16,3	20,2	3,9	5,2	6,0	0,9
1998	16,2	20,2	4,0	5,1	6,0	0,8
1999	16,2	20,2	4,0	5,1	5,9	0,9
2000	16,7	20,6	3,9	5,3	6,2	0,9
2001	16,9	20,8	4,0	5,4	6,4	1,0
2002	16,9	20,9	4,0	5,4	6,3	0,9
2003	16,8	20,8	3,9	5,3	6,2	0,8
2004	17,3	21,3	4,0	5,6	6,5	0,9

*continua*

	Esperança de vida als 65 anys			Esperança de vida als 85 anys		
	Homes	Dones	Bretxa de gènere	Homes	Dones	Bretxa de gènere
2005	17,2	21,1	3,9	5,5	6,4	0,9
2006	17,8	21,7	3,9	5,8	6,8	1,0
2007	17,7	21,7	4,0	5,7	6,7	0,9
2008	18,0	21,8	3,8	5,8	6,7	0,9
2009	18,1	22,0	3,9	5,9	6,8	0,9

Font: Taules de mortalitat. INE

L'esperança de vida per a l'any 2009 a l'Estat espanyol als 65 anys és de 18,1 anys per als homes i de 22 per a les dones. Això significa que un home que arriba a l'Estat espanyol als 65 anys viurà de mitjana fins els 83,1 i fins als 87 anys pel cas de les dones.

Fent la mateixa anàlisi pel que fa a l'esperança de vida als 85 anys (vegeu taula de dades adjunta), se situaria en 5,9 anys pels homes i en 6,8 anys per a les dones. En aquest cas, la probabilitat de supervivència, fa que els qui arribin als 85 anys puguin esperar viure de mitjana fins els 90,9 anys en els cas dels homes i fins els 91,8 anys en el cas de les dones.

Continuant amb l'anàlisi d'aquesta taula, tot comparant l'evolució 1991-2009, podem concloure que l'increment de l'esperança de vida als 65 anys ha estat de 2,5 anys pels homes i de 2,8 anys per a les dones, que ha suposat un augment de 0,3 anys en la bretxa de gènere. Pel que fa a l'esperança de vida als 85 anys, l'augment ha estat de 0,9 i 1,1 anys respectivament, eixamplant la bretxa de gènere en 0,2 anys. Es confirma, per tant, l'existència a una tendència d'increment en l'esperança de vida de les dones favorable a les dones. Aquest fet determina l'accentuació de la feminització de les persones d'edat més avançada.

## 2.5. L'esperança de vida en bona salut

Ja hem repetit en diverses ocasions que l'esperança de vida és un indicador que habitualment s'utilitza com a indicador de l'estat de desenvolupament i de salut d'una població, atès que els països desenvolupats presenten un increment en la longevitat de les seves poblacions. Tot i amb això, l'esperança de vida és un indicador incomplet. Només ens informa del temps mitjà que transcorre des del moment del naixement fins el moment de la defunció, però no ens diu res sobre la qualitat de vida de les persones d'aquella societat. No ens diu si tot el període mitjà de vida es desenvolupa en bona salut o si, contràriament, la població pateix discapacitats o dependència.

Per resoldre aquest qüestió es creà el càlcul d'esperança de vida en bona salut, que ens expressa els anys que es pot esperar viure amb una bona qualitat de vida i amb una

bona salut, sense que algun tipus de discapacitat o dependència l'afecti. Generalment, s'ofereixen dades d'esperança de vida en bona salut referides en néixer i als 65 anys. Es calcula a partir de la prevalença de la població a una edat específica amb bona i mala salut i en la informació de la mortalitat específica per edat. Per la seva importància aquest càlcul també s'ha incorporat en els indicadors estructurals i de desenvolupament sostenible de la Unió Europea.

El primer fet que destaca en analitzar aquest indicador és que el percentatge d'anys de vida amb bona salut sobre l'esperança de vida total és favorable als homes, tant en néixer com als 65 anys. Podem afirmar, per tant, que la major esperança de vida de les dones a totes les edats, va acompanyada per unes condicions de salut pitjors que en el cas dels homes. Això és així d'ençà el 2004 en què es produeix un canvi metodològic en el càlcul de l'esperança de vida en bona salut que, d'una banda, suposa un descens en els anys en què hom pot esperar viure en bona salut i, de l'altra accentua la bretxa de gènere favorable, en aquest cas, a les persones de gènere masculí.

D'acord amb les dades de 2009 a l'Estat espanyol, en néixer els homes tenen una esperança de vida en bona salut de 62,6 anys front als 61,9 anys de les dones, és a dir, es produeix un avantatge de 0,7 anys pel que fa a les expectatives de bona salut en néixer positiva pels homes. La diferència és molt similar als 65 anys en què l'esperança de vida dels homes en bona salut és de 9,2 anys front als 8,4 anys de les dones i, l'expectativa de bona salut és favorable els homes en 0,6 anys.

Si aquestes xifres s'interpreten en relació a les dades de l'esperança de vida total per sexe, podem concloure que a l'Estat espanyol en 2009, els homes viuen el 79,5% dels seus anys d'esperança de vida en bona salut, front al 72,9% de les dones. La bretxa de gènere s'eixampla quan analitzem la situació als 65 anys. En aquest interval d'edat els homes viuen un 50% dels anys potencials totals de vida en bona salut, front als 37,3% de les dones.

**Taula 3** | *Esperança de vida en bona salut en néixer i als 65 anys. Bretxa de gènere. Estat espanyol*

	En néixer			Als 65 anys		
	Homes	Dones	Bretxa de gènere	Homes	Dones	Bretxa de gènere
1996	65,1	68,4	3,3	10,6	11,0	0,4
1997	65,5	68,2	2,7	10,6	11,3	0,7
1998	65,2	68,2	3,0	10,5	11,4	0,9
1999	65,6	69,5	3,9	11,0	12,2	1,2

*continua*

	En néixer			Als 65 anys		
	Homes	Dones	Bretxa de gènere	Homes	Dones	Bretxa de gènere
2000	66,5	69,3	2,8	11,4	12,2	0,8
2001	66,0	69,2	3,2	10,7	11,8	1,1
2002	66,6	69,9	3,3	11,2	12,4	1,2
2003	66,8	70,2	3,4	11,3	12,5	1,2
2004*	62,5	62,5	0,0	9,7	9,5	-0,2
2005	63,2	63,1	-0,1	9,6	9,1	-0,5
2006	63,7	63,3	-0,4	9,9	9,4	-0,5
2007	63,2	62,9	-0,3	10,3	10,0	-0,3
2008	63,8	63,3	-0,5	9,8	8,6	-1,2
2009	62,6	61,9	-0,7	9,2	8,4	-0,8

\*S'utilitzen fonts estadístiques distintes per a calcular-la d'ençà l'any 2004

Fuente: Indicadores de Desarrollo Sostenible. Eurostat

Aquesta situació no és comuna a tots els països de la Unió Europea, on les xifres ofereixen variacions d'un i altre signe, segons el sexe i segons si analitzem la situació en néixer i als 65 anys.

Les dades que ens ofereix la Unió Europea dels 27 sobre l'esperança de vida en bona salut de 2008 reflecteixen el que acabem d'afirmar. Així, pel que fa a les expectatives de bona salut en néixer, la mitjana és favorable a les dones en 1,1 anys. Aquest fet deriva de la importància demogràfica dels països que registren aquesta situació com França (on la bretxa de gènere és d'1,8 anys) o Alemanya (1,6 anys), que contraresta la situació que es produeix en altres països, entre els quals se situa l'Estat espanyol on els anys de vida potencials amb bona salut són superiors entre els homes. Com exemples d'aquesta situació podem esmentar els Països Baixos on la diferència fou més positiva pels homes (2,6 anys de vida amb bona salut més que les dones), Portugal (1,8 anys) o Itàlia (1,2), mentre que les dades de l'Eurostat valoren en 0,5 anys l'interval de temps de bona salut superior dels homes sobre les dones.

Pel que fa a les dades d'esperança de vida en bona salut als 65 anys, les dades conjuntes de la UE-27 mostren també una situació favorable a les dones, tot i que, en aquest cas els probables anys de vida en bona salut es redueixen als 0,2. També la situació deriva dels pes demogràfic on es produeix aquest fenomen, on a més de França (1,1 anys d'esperança de vida en bona salut) i Alemanya (0,4 anys), se situen el Regne Unit (1,1 anys) o Irlanda (0,9 anys). La situació de signe contrari es produeix a l'Estat espanyol (1,2 anys favorables als homes), Portugal (1,2 anys), o Itàlia (0,5), entre d'altres.

## 2.6. Perspectives futures d'evolució de l'esperança de vida

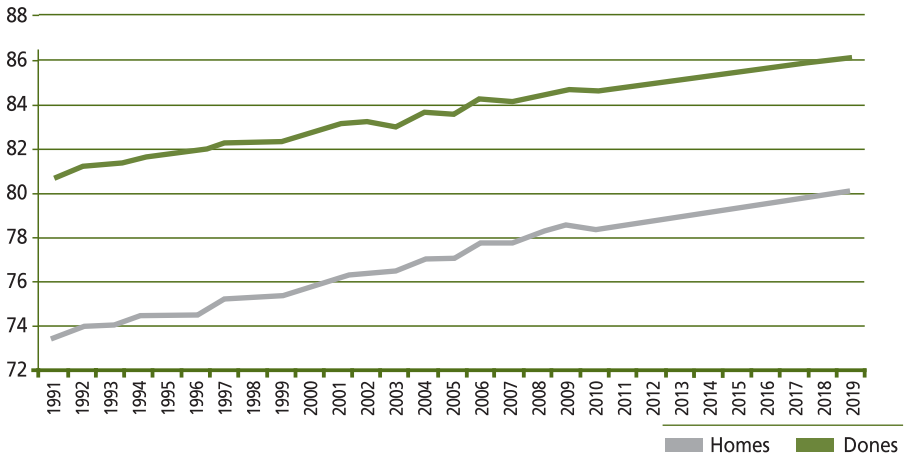
Parlar de futur suposa especular, és a dir, aplicar uns criteris coneguts o intuïts per obtenir o crear-nos una imatge aproximada de com serà allò que analitzem al final del període considerat.

Tot seguit exposarem quines són les principals conclusions que es poden extreure de les projeccions a curt termini sobre l'esperança de vida en néixer dutes a terme per l'Institut Estatal d'Estadística (INE) i que continuen les taules de mortalitat de 1991-2009, tot oferint-nos, una aproximació sobre aquest indicadors pel que fa als homes i les dones a l'Estat espanyol fins el 2019.

D'acord amb aquesta projecció, al final del període l'esperança de vida en néixer dels homes superaria per primer cop els 80 anys, mentre l'esperança de vida en néixer de les dones superaria la xifra dels 86. Així mateix, tot i que de manera poc acusada, la tendència de què hem parlat del decreixement de la bretxa de gènere es confirma en aquesta projecció i es reduiria de 6,1 anys l'any 2009 a 5,9 anys al final de la sèrie calculada.

Quina pot ser a més llarg termini l'evolució de l'esperança de vida?. Recordem que l'esperança de vida és un càlcul de probabilitat de defunció basat en les taxes de mortalitat per edat registrades en el moment del càlcul i que les defuncions són conseqüència de problemes o circumstàncies que tenen a veure amb tot allò que rodeja la salut de les persones. La salut és un concepte molt ampli que contempla aspectes psíquics, físics i socials. Així mateix, depèn en gran mesura de les possibilitats en matèria de diagnosi i tractament de la ciència mèdica en cada moment; en l'accés als recursos mèdics de què acabem de parlar; de l'entorn socioeconòmic i de la cultura de la societat entorn a la salut. Actualment moltes persones són conscients de la importància dels hàbits alimentaris correctes, dels efectes perniciosos de les drogoaddiccions (tabac i alcohol, principalment), de la importància de practicar esport i de les activitats preventives (reconeixement periòdics mèdics, pe), però d'una altra banda alguns indicadors apunten, contràriament, determinats comportaments o indicadors que poden impactar negativament en l'esperança de vida a mig termini. Entre els indicadors i comportaments negatius podem esmentar que molts joves consumeixen en excés alcohol i drogues, sobretot els caps de setmana però també entre setmana que a la llarga poden esdevenir dependents d'aquests substàncies al llarg de la seva vida. Entre les dones ha augmentat el consum d'alcohol i tabac, cosa que incidirà en un increment de malalties cardiovasculars, respiratòries i processos cancerígens lligats a aquests tipus de consum. Un altra indicador negatiu que ha estat posat de relleu per alguns científics, especialment nutricionistes, és l'increment de casos de sobrepès i obesitat en les societats desenvolupades i que, per primer cop en moltes dècades poden originar que les probabilitats de supervivència de les generacions actuals siguin inferiors a les passades.

**Gràfic 5 | Evolució i projecció de l'esperança de vida en néixer. 1991-2019. Estat espanyol**



Font: INE. Taules de mortalitat, 1991-2009 i Projeccions de població a curt termini dels paràmetres d'evolució demogràfica. 2010-2019

Especulant sobre quina serà, en definitiva, l'evolució a mig termini ens decantem per una projecció positiva, basada en la capacitat de recorregut de la ciència mèdica i la major consciència social sobre la necessitat de vetllar activament per la salut present i futura de cada individu i, en definitiva, adaptar els comportaments a uns hàbits raonablement saludables. D'acord amb aquest escenari, el futur plantejaria un increment progressiu de l'esperança de vida, que s'anirà alentint a mesura que ens aproximem al límit biològic de l'espècie. Pel que fa a la bretxa de gènere, com ja està succeint, tendirà a decreixer, fins que la bretxa de gènere, que implica distints rols i comportaments com a conseqüència de les pressions socials de l'entorn segons el sexe, desaparegui per deixar únicament lloc a les diferències quan a la mortalitat derivades dels aspectes biològics, que actuen negativament en els homes i, per tant, cal esperar que les taxes de supervivència de les dones se situen també en el futur per sobre de la dels homes.

### 3. La bretxa de gènere en altres indicadors de salut i hàbits de vida saludable

#### 3.1. La percepció de la salut

La percepció de la salut és un indicador subjectiu que valora l'estat de la pròpia salut al llarg dels dotze mesos anteriors al moment de respondre a l'enquesta específica. És evi-

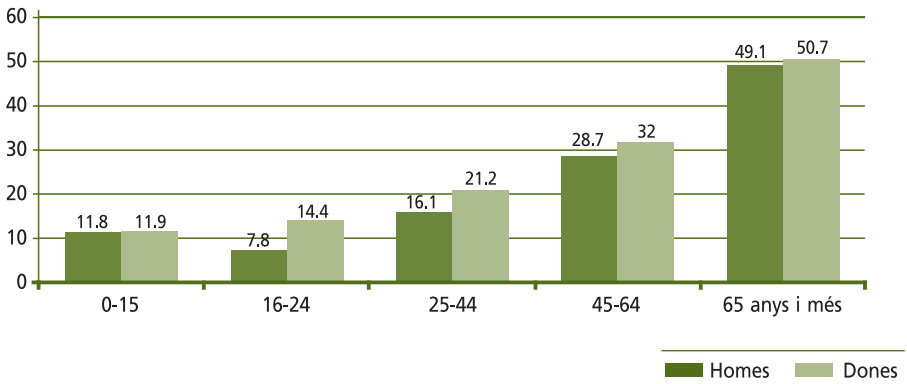
dent que ningú millor que el propi interessat per conèixer-se i valorar el propi estat de salut. Tot i que és cert que hi ha graus molt distints de tolerància al dolor i que la valoració de la salut pot presentar grans diferències entre les persones enquestades, resulta un indicador més que valuós per analitzar l'estat de salut d'una població determinada.

L'Institut Nacional d'Estadística ens ofereix les dades de l'Enquesta Europea de Salut realitzada el 2009 i ens permeten establir una sèrie d'afirmacions pel que fa a la salut percebuda, que confirmen altres enquestes de salut autonòmiques anteriors:

- Existeix una bretxa de gènere quant a la percepció de la pròpia salut favorable als homes. El percentatge d'homes que valoren la seva salut com a bona o molt bona és superior a les dones mentre, inversament, el percentatge de dones que declaren tenir un estat de salut dolent és superior al dels homes. A les Illes Balears les dades de l'esmentada enquesta suposen que el 26,5% de les dones enquestades declaren tenir una salut dolenta, mentre el percentatge d'homes que així ho considera és 8 punts inferior, assolint el 18,4% del total.
- Un paràmetre fonamental que condiciona totalment la valoració de la salut és l'edat. Les dades de l'enquesta mostren que a mesura que s'incrementa l'edat dels enquestats empitjora de manera considerable la valoració negativa de la salut. L'envelliment, que condueix en darrer terme a finir, és un procés degeneratiu progressiu. És lògic que a mesura que pujam en la piràmide etària les persones enquestades posin de relleu els problemes que sorgeixen amb l'edat i que poden arribar a provocar situacions de gran incapacitat i dependència. Les dades estatals de l'enquesta palesen que entre els 16 i els 44 anys, un 91,5 dels homes i un 87,3% de les dones perceben la seva salut com a bona o molt bona, mentre que si considerem el grup de 65 i més anys, aquest percentatge baixa fins el 48,6% i el 34,3%, respectivament. Les dades de percepció de la salut per edat publicades per l'Ibestat a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat i Consum de 2007, confirmen per a les Illes Balears la relació entre percepció de salut i edat. Així, la valoració de la salut com a regular o dolenta és molt baixa entre els grups de població més joves analitzats i, com exemple, en el grup d'edat dels 25-44 anys assoleix aquesta valoració només entre els 16,1% dels homes i el 21,2% de les dones, mentre puja significativament entre la població de 65 i més anys, on els percentatges s'apropen, amb uns valors respectius del 49,1 i 50,7%, respectivament.
- Un altre factor que influeix directament en la percepció de la salut és el nivell d'estudis. L'Enquesta europea de salut posa de relleu que hi ha una relació entre un nivell elevat d'estudis i una bona valoració de la salut. En el cas dels enquestats amb estudis universitaris, s'assoleixen les millors valoracions de salut i desapareix la bretxa de gènere, present a la resta de nivells d'estudis. Aquesta correlació és lògica atès que la formació condiciona directament factors directament lligats en la salut: una major

educació en aquesta matèria, la major renda disponibles que es pot dedicar a inversions sanitàries (tasques de prevenció i curació), la capacitat econòmica per adquirir productes alimentaris de major qualitat, la possibilitat de dur a terme més activitats esportives...

**Gràfic 6** | *Percentatge de la població amb percepció de l'estat de salut regular o dolent per sexe i grup d'edat. 2007*



Font: Enquesta de salut de les Illes Balears, 2007. Ibestat a partir de dades de la Conselleria de Sanitat i Consum

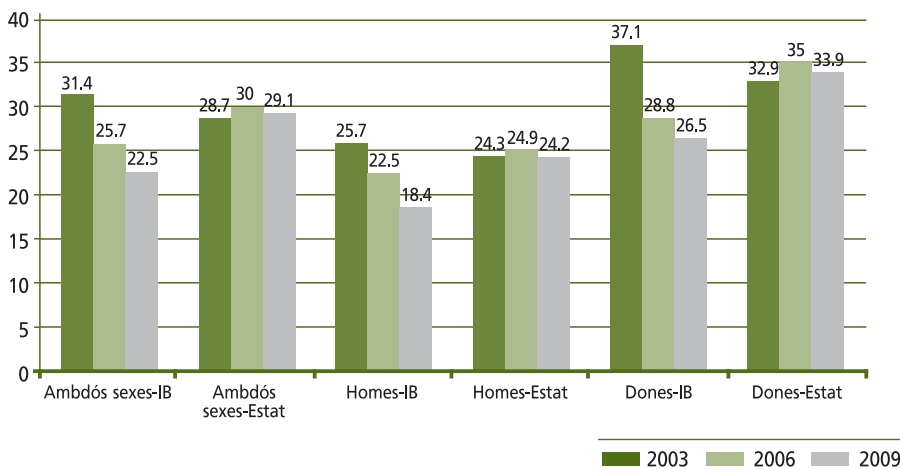
- El següent factor que presenta una correlació positiva amb la valoració de la salut és la disponibilitat d'ingressos nets a la llar. Ja hem posat de relleu que la capacitat econòmica pot influir positivament en la percepció de la salut. D'una banda suposa una millora en la pressió psíquica, ja que evita preocupar-se de les despeses corrents ordinàries i extraordinàries de la llar i de l'altra permet invertir directament en salut, ja sigui per les millors condicions de l'habitatge i l'entorn, per la major qualitat de l'alimentació o per l'accés a recursos sanitaris millors que altres persones amb menor poder adquisitiu, entre d'altres factors.
- Un darrer paràmetre considerat és la relació amb l'activitat econòmica. És evident que hi ha una relació molt íntima també entre activitat econòmica i edat. Alguns dels intervals considerats corresponen a les poblacions més joves i, per tant, biològicament més sanes, mentre que la categoria de jubilats correspon a les poblacions de més edat i, conseqüentment, amb una salut més deteriorada, però constitueix, en tot cas, un element més d'anàlisi de la salut de la població. El rànquing de major a menor nivell de percepció de salut és el següent: en primer lloc, els estudiants; en segon lloc, els treballadors ocupats; en tercer, lloc els aturats; després les persones que duen a terme tasques de la llar (en el cas de les dones) i els jubilats (en cas dels homes). La valoració més baixa correspon als incapacitats per treballar.



L'Observatori Social de les Illes Balears ha recopilat i publicat algunes dades comparatives dels resultats de les enquestes nacionals de salut de 2003 i 2006 i l'Enquesta europea de salut de 2009 i n'extreu les conclusions principals següents:

- Les Illes Balears destaca per ser la CA on la percepció negativa de la salut és menor, tant entre els homes com entre les dones.
- Les dones tenen una percepció de salut pitjor que la dels homes. Hi ha una bretxa de gènere que, no obstant això, sembla presentar una certa reducció.
- La percepció de la salut dels habitants de les Illes Balears sembla presentar una certa millora al llarg del període analitzat, mentre que les dades apunten a un cert equilibri en el conjunt de l'Estat espanyol.

**Gràfic 7** | *Valoració de l'estat de salut de la població de 16 i més anys durant els darrers 12 mesos com a dolent segons sexe. Illes Balears i Espanya. 2003, 2006 i 2009*



Font: Butlletí número 6 de l'Observatori Social de les Illes Balears, a partir de les dades de les enquestes nacionals de salut de 2003 i 2006 i l'Enquesta europea de salut de 2009

L'Observatori social n'explica la pitjor valoració de la salut femenina en relació a la major esperança de vida, que significa presentar una major incidència dels processos de manca d'autonomia i, en sobreviure a les parelles, fan que hagin d'afrontar en molts casos aquesta situació en solitud, cosa que agreuja els riscos de patir accident i influeix negativament en l'estat de salut. Jo afegiria que, en aquest cas, la salut s'ha d'entendre

en tota l'extensió del terme i inclouria tant desequilibris des del punt de vista de la minva o absència de determinades relacions socials i problemes psicològics (solitud no desitjada, actituds negatives front a la proximitat del final de la vida...) com problemes físics derivats del procés d'envelliment de l'organisme que pot afectar processos motrius i cognitius que condueixen a no poder realitzar, en alguns casos, activitats comunes de la vida quotidiana

### **3.2. Els hàbits de consum de productes tòxics: tabac, alcohol i altres drogues**

La Humanitat ha consumit des dels seus orígens productes que presenten toxicitat per a l'organisme, tot cercant els efectes a curt termini que tenen sobre l'individu i que, produeixen un cert plaer o canvis en les capacitats físiques o perceptives. En cas de les dependències greus, només es pretén eliminar l'estat desplaent causat per les primeres fases de la síndrome d'abstinència.

Moltes vegades el consum de substàncies tòxiques produeix efectes a llarg termini i, per tant, els individus no són prou conscients dels efectes que se'n derivaran fins que, en molts casos, les conseqüències són irreversibles malgrat se n'abandoni definitivament el consum.

La societat ha classificat les substàncies tòxiques o drogues en dos grups, segons si són tolerades en general per la societat o no; les drogues es classificaran per tant en legals o il·legals segons siguin tolerades i permeses la seva distribució, la compra i el consum amb certes limitacions pel que fa a l'edat i les il·legals que no són tolerades i tant el consum com sobretot el comerç són perseguits. Els danys i les conseqüències que sobre la salut i l'entorn familiar i social del consumidor no tenen res a veure amb què la droga consumida sigui o no legal. Precisament la legalitat en facilita l'accés ràpid i a un preu assequible. Això fa que molts investigadors considerin més perjudicials les drogues legals que les il·legals, per l'extensió quantitativa i també qualitativa que generen. Les Administracions públiques i els professionals sanitaris (molts dels quals en són consumidors) recomanen d'evitar o, com a mínim, reduir el consum d'aquests tipus de substàncies. Tot i amb això, hi ha molts interessos que envolten els circuits de producció i comercialització de les drogues legals i que pressionen constantment per evitar restriccions en les polítiques públiques directes, per no parlar que la pròpia administració té interessos sobre el consum, ja que suposen una important font d'ingressos via impostos. Nogensmenys, faltariem a la veritat si no recordéssim que en els darrers quinquennis s'han aprovat normatives de cada cop més restrictives sobre el consum d'una droga legal, el consum de la qual científicament s'ha demostrat que causa greus problemes de salut: el tabac.

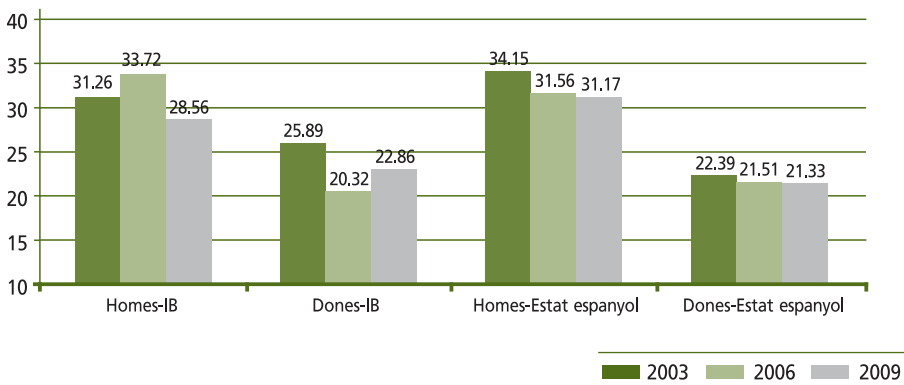
Existeixen hàbits de consum lligats a activitats i costums socials (reunions, celebracions, festes populars...), mentre també es produeixen consums individuals no lligats a relacions socials. Sigui com sigui, el problema rau principalment en la quantitat i la freqüència del consum.

Les administracions públiques mitjançant els departaments de salut intenten conscienciar la població sobre la conveniència de no consumir aquests productes o, en cas de fer-ho, que ho facin en moderació. Els resultats no són prou eficients i ho palesa el fet que les taxes de consum són elevades a l'Estat espanyol i de manera més destacada a les Illes Balears.

### 3.2.1. El consum de tabac

El tabac té una llarga història de consum. Arribà a Europa junt amb altres productes d'Amèrica d'ençà que fou descoberta per Colon el 1492. El boom de consum del tabac es produí a gran escala al llarg del s.XX en què s'invertiren ingents quantitats de doblers en publicitat i, fins i tot, en productes que s'hi afegien per incrementar la dependència, com han reconegut algunes sentències judicials als Estats Units. A finals del segle i sobretot al llarg del que portam de s.XXI, en demostrar-se científicament i fefaentment les nefastes conseqüències per a la salut que té i la correlació directe amb moltes defuncions evitables, s'han creat normes tendents a protegir els no fumadors en els llocs de treball i en altres establiments públics, a prohibir determinats tipus de publicitat, a restringir-ne l'aparició en els mitjans de comunicació de masses com la televisió i a prohibir la venda de tabac a menors, entre d'altres per desincentivar el consum. Juntament amb les mesures restrictives també s'ha implementat programes d'ajuda per deixar la dependència del tabac que, els exfumadors, confessen com un procés llarg i complex que freqüentment acaba en recaigudes. En qualsevol cas, la percepció dels fumadors està canviant i ara els fumadors no gaudeixen de l'aura de modernitat, progressisme i atractiu amb què les pel·lícules de Hollywood dels anys 40 i 50 ens els presentaven.

**Gràfic 8** | *Evolució dels fumadors diaris per sexe. Illes Balears i Estat espanyol. 2003, 2006 i 2009*

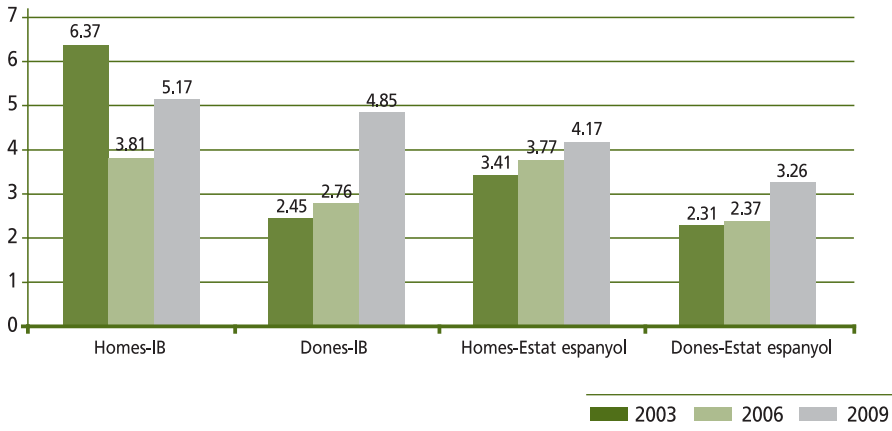


Font: Butlletí número 6 de l'Observatori Social de les Illes Balears, a partir de les dades de les enquestes nacionals de salut de 2003 i 2006 i l'Enquesta europea de salut de 2009

A partir de la comparació de les taxes de consum detectades per les enquestes nacionals de salut de 2003 i 2006 i l'europea de 2009, podem presentar les conclusions generals següents:

- La taxa de consum diari de tabac continua sent elevada i se situaria, pel que fa als homes en aproximadament un terç de la població masculina. Concretament les dades de 2009 són del 31,17 de fumadors diaris a l'Estat i del 28,56% a les Illes Balears. Mentre les dones presenten una taxa d'entorn a la cinquena part del col·lectiu; concretament, en 2009 els percentatges són del 22,86% per a les dones de les Illes i del 21,33% a l'Estat.
- Quant al consum diari de tabac les dades pareixen confirmar una tendència clara de descens que se situaria en 3 punts percentuals a l'Estat espanyol i un poc inferior pel cas de les Illes Balears entre els homes.
- Els descens en el consum entre les dones a l'Estat espanyol és molt més moderat, d'1 punt percentual aproximadament, mentre que a les Illes Balears les darreres dades mostren una evolució de signe contrari i, per tant, mostren un creixement de les consumidores diàries de tabac.
- La imatge de consum que es desprèn de les gràfiques indica que entre els homes el consum diari és més freqüent a l'Estat espanyol que a les Illes Balears mentre que entre les dones es produiria la situació inversa.
- Pel que fa a la bretxa de gènere és evident i perjudica els homes, per presentar taxes de tabaquisme superior. Les darreres dades situarien la bretxa en aproximadament 10 punts percentuals pel conjunt de l'Estat i de menys de 8 punts per a les Illes Balears.
- Les dades evolutives indiquen una tendència a que la bretxa de gènere, és a dir, la diferència de taxes entre sexes es redueixi progressivament, cosa que conduiria a millorar la salut del home mentre que suposaria un empitjorament de la de les dones.
- Els fumadors ocasionals tenen una taxa molt minsa en comparació als fumadors diaris. Les darreres dades indiquen valors que en 2009 que en el més elevat dels casos supera per poc el 5% de la població.
- Inversament a la tendència detectada entre els fumadors diaris, s'aprecia en ambdós sexes, tant a les Illes Balears com a l'Estat una marcada pauta d'increment. L'única excepció serien els homes de les Illes que sembla que decreixen, tot i augmentar novament en el període 2006-2009.
- Les taxes de consum de tabac ocasional són clarament superiors a les Illes Balears respecte a l'Estat.

**Gràfic 9** | *Evolució dels fumadors ocasionals per sexe. Illes Balears i Estat espanyol. 2003, 2006 i 2009*



Font: Butlletí número 6 de l'Observatori Social de les Illes Balears, a partir de les dades de les enquestes nacionals de salut de 2003 i 2006 i l'Enquesta europea de salut de 2009

- Destaca el fet que el creixement del consum ocasional de tabac entre les dones és tan elevat que gairebé ha desaparegut la bretxa de gènere a les Illes.

L'Enquesta europea de salut de 2009 ens ofereix una interessant distribució de consum de tabac per edat i sexe que hem incorporat, adjunta, i que ens permetrà comentar alguns aspectes generals del consum del tabac per edat i centrar-nos en la població objecte d'aquest article: la població de 65 i més anys.

**Taula 4** | *Consum de tabac per grups d'edat. Estat espanyol. 2009 (% població de 16 i més anys)*

	Homes	Dones
Fumador/a diari/a	31,2	21,3
De 16 a 24 anys	28,9	23,5
De 25 a 34 anys	36,8	28,6
De 35 a 44 anys	37,5	29,2
De 45 a 54 anys	38,4	29,7
De 55 a 64 anys	26,6	13,2
De 65 a 74 anys	16,3	5,4
De 75 i més anys	9,8	2,3

continua

	Homes	Dones
<b>Fumador/a ocasional</b>	<b>4,2</b>	<b>3,3</b>
De 16 a 24 anys	6,3	6,3
De 25 a 34 anys	5,9	5,0
De 35 a 44 anys	4,2	4,0
De 45 a 54 anys	3,7	3,8
De 55 a 64 anys	2,9	1,0
De 65 a 74 anys	1,8	0,4
De 75 i més anys	1,9	0,2
<b>Exfumador/a</b>	<b>26,3</b>	<b>14,7</b>
De 16 a 24 anys	4,7	6,4
De 25 a 34 anys	14,8	15,2
De 35 a 44 anys	20,5	20,8
De 45 a 54 anys	27,9	22,5
De 55 a 64 anys	42,0	15,8
De 65 a 74 anys	48,1	6,7
De 75 i més anys	53,0	5,1
<b>No ha fumat mai</b>	<b>38,4</b>	<b>60,7</b>
De 16 a 24 anys	60,1	63,8
De 25 a 34 anys	42,5	51,2
De 35 a 44 anys	37,8	46,0
De 45 a 54 anys	30,0	44,1
De 55 a 64 anys	28,5	70,1
De 65 a 74 anys	33,9	87,5
De 75 i més anys	35,4	92,4

Font: Enquesta Europea de Salut en Espanya 2009. INE

Per no perllongar innecessàriament el comentari, només direm que pel que fa als fumadors diaris (els més problemàtics des d'un punt de vista sanitari) els percentatges de fumadors de 16 a 24 anys són clarament inferiors als dels grups quinquennals superiors. Aquesta dada és molt important i pareix indicar l'èxit de les campanyes i les normatives antibac. Tot i amb això, la menor bretxa de gènere en aquest grup d'edat sembla indicar que les dones tenen una certa tendència a mantenir-ne el consum o, fins i tot, incrementar-lo en algun cas. De fet el percentatge de fumadores femenines d'aquest grup d'edat és superior a la mitjana de les dones. Un indicador positiu en el grup d'edat més jove considerat és l'elevada proporció que mai no ha consumit tabac i que supera el 60% en ambdós sexes. Aquesta xifra és especialment significativa pel que fa als homes, ja que és molt superior a la mitjana d'aquest sexe. Ho podem interpretar com un clar indicador que el tabaquisme lentament va deixant de lligar-se a un rol social sexual i que depèn de cada vegada en major mesura de les decisions personals.

Pel que fa al consum de tabac dels grups superiors d'edat podem realitzar una sèrie d'interessants afirmacions:

- La població de més de 65 anys i un poc més jove, des dels 55 anys, presenta un perfil de marcada bretxa de gènere quant al consum del tabac. La component de gènere en el tabaquisme és més que evident en els intervals etaris superiors. Una dada que ho palesa de manera pregonada és el percentatge de dones que no han fumat mai en els grups d'edat superiors i assoleix en el grup de 75 i més anys un, actualment sorprenent, 92,4%. Aquestes dones visqueren en una societat que mentre valorava el consum del tabac entre els homes, rebutjava el consum de tabac entre les dones, d'aquí l'enorme bretxa de gènere detectada. Tan de bo que les generacions futures arribin a presentar un percentatge de manca de consum similars en ambdós sexes!
- El consum diari de tabac entre els grups de més edat de la nostra societat tendeix a baixar. Decreix a partir del decenni 55-64, on hi ha un important percentatge d'exfumadors i continua baixant en els grups d'edat superior, sobretot entre els homes ja que, com en dit, les fumadores d'edat són molt poc freqüents actualment. El descens percentual de consum diari de tabac en l'edat es reflecteix en què només un 10% de la població masculina s'inclou en aquest grup, mentre només 1 dona de cada 50 es considera dins aquesta categoria.
- Les xifres de fumadors ocasionals són molt baixes entre la població de més edat, el que sembla presentar un doble model; o bé la població més vella abandona definitivament el consum del tabac o bé persisteix en el seu consum i és molt poc freqüent la tercera via que suposa consumir tabac esporàdicament.
- Finalment, destacar que aquesta taula ens permet concloure que els grups de població masculina de més edat de la població ha presentat unes taxes de tabaquisme molt elevades al llarg de la seva vida. Això ho podem comprovar amb les elevades taxes d'exfumadors o, si realitzem l'anàlisi inversa, a partir dels minsos percentatges de població que no ha fumat mai. Recordem el cas contrari detectat entre les dones de major edat.

L'ibestats ha publicat dades referides a 2007 que analitzen l'evolució en el consum de tabac en els darrers dos anys en el grup de fumadors diaris. Els resultats del grup de 65 i més anys mostren el comportament més estable en comparació a la resta de grups analitzats. El 49% no n'ha modificat al llarg de període analitzat el consum, mentre que un 33% afirma haver-ne reduït el consum i un 18% considera que l'ha augmentat.

El tabaquisme i el consum d'altres tòxics per part de les dones s'ha esmentat com una de les causes que a mig termini contribuirà a reduir la bretxa de gènere quan a esperança de vida general i empitjorarà la situació quan els anys potencials de vida amb bona salut.

### 3.2.2. El consum d'alcohol

Ja hem parlat del consum social d'alguns tipus de substàncies tòxiques; l'alcohol n'és, a la nostra societat i en aquest sentit, el producte estrella. Aquest tipus de consum fa que, des de ben petits es relacioni l'alcohol amb les reunions familiars, les celebracions i la diversió. Fins i tot qui no beu, encara que sigui poc, roman un poc al marge de la festa. Algunes celebracions de poble a les Illes no es conceben sense consumir determinats tipus de beguda (pe, què serien les festes d'estiu de Menorca sense la pomada?). L'alcohol és, a les societats occidentals, un element de consum habitual, fins el punt que pocs ho consideren una droga, malgrat molts estudis indiquen que l'alcohol ocupa un dels llocs principals en patologies que condueixen a una mort prematura als qui n'abusen (determinats tipus de càncer, increment de malalties coronàries, etc) i que són una causa molt lligada a conflictes familiars i casos de maltractament i violència de gènere i marginalitat. El baix cost i la facilitat d'obtenció són alguns factors que expliquen el grau d'extensió de l'abús de l'alcohol a la nostra societat.

Tot i amb això, no cal dimonitzar el consum de l'alcohol; el problema n'és l'abús. Alguns estudis apunten, en un sentit contrari, que fins i tot un consum moderat de vi negre pot tenir efectes positives per contenir antioxidants i altres elements que poden millorar la salut cardiovascular de les persones.

No obstant això, hi ha una relació molt directe de l'alcohol amb majors probabilitats de defunció i de patir greus lesions invalidants. La més clara i sobre la que s'està actuant de manera decidida, és la que existeix entre consum d'alcohol i sinistralitat per conducció de vehicles de motor. La Guàrdia Civil, les policies autonòmiques i les locals fan freqüents controls d'alcoholèmia per evitar el risc potencial d'accidents i s'han endurit les sancions econòmiques i administratives, d'una banda i les penals, de l'altra, a fi d'evitar aquesta inútil i injustificada pèrdua de vides humanes.

Les dades de les enquestes nacionals de salut de 2003 i 2006, confirmades per l'enquesta europea de 2009 mostren una important bretxa de gènere en el consum de begudes alcohòliques. Els homes consumeixen begudes alcohòliques en major percentatge i amb major freqüència que les dones.

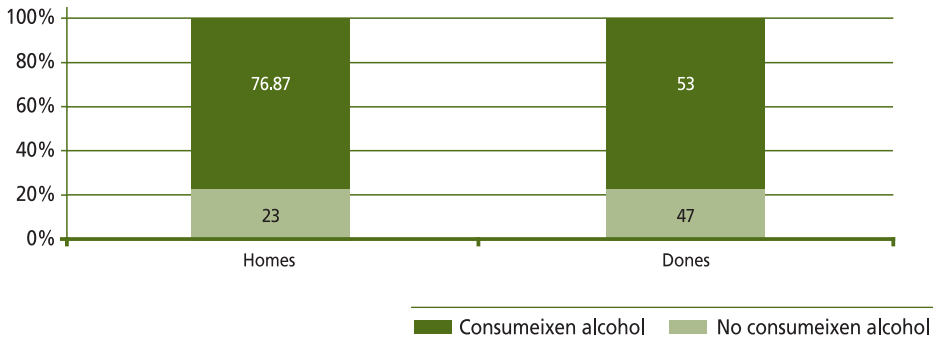
L'Observatori Social de les Illes Balears assenyala, a partir de la comparació de les dades de consum d'alcohol de les enquestes nacionals, una evolució creixent en el consum d'alcohol en ambdós sexes. En 2006 una proporció d'entorn al 80% dels homes de l'Estat espanyol i les illes manifestava beure, front als 66,5% de les dones de les Illes Balears i el 57,5% a l'Estat espanyol.

Les dades de l'enquesta europea de 2009 mostrarien, contràriament, un descens del con-



sum a tot l'Estat que afecta ambdós sexes, assolint uns percentatges de consum del 76,9% entre els homes i un 52,9% entre les dones.

**Gràfic 10** | *Bretxa de gènere en el consum d'alcohol. Dades percentuals. Estat espanyol. 2009*



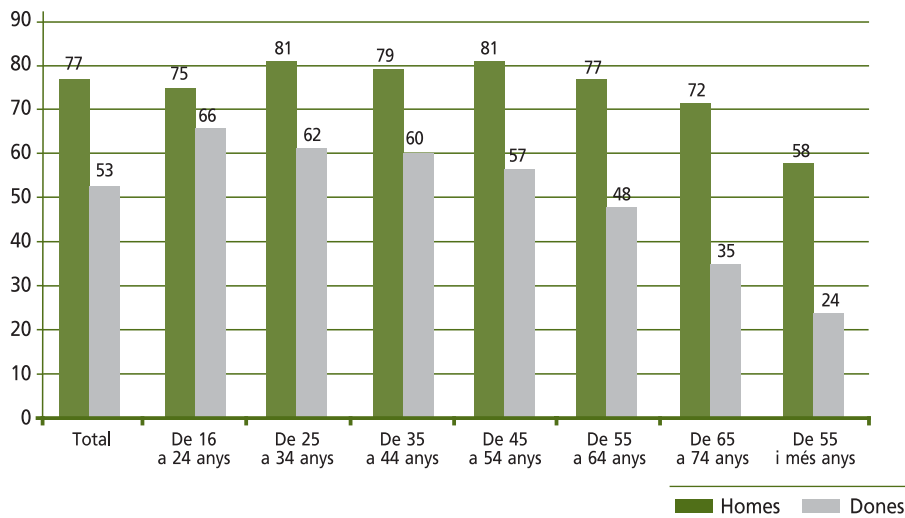
Font: Enquesta Europea de Salut a Espanya 2009. INE

Pel que fa a la freqüència de consum, les dades estatals de l'enquesta de 2009, ens permeten afirmar que juntament amb un destacat índex d'abstinents, hi ha un percentatge força important de casos en l'extrem contrari; aquells qui beuen diàriament. Pel que fa al consum diari la bretxa de gènere encara és més acusada i mentre poc més del 6% de les dones declara fer-ho; un 20%, un de cada 5 homes, diu fer-ho diàriament. Aquesta mateixa situació es repetirà, com veurem posteriorment, en tractar del consum intensiu d'alcohol (6 o més begudes en una mateixa sessió (festa, menjada, celebració...)).

Ja hem esmentat la bretxa de gènere que hi ha pel que fa a consum entre sexes, però que passa quan analitzem les variables sexe i edat?. L'anàlisi de les dades estatals de l'Enquesta de 2009 ens permeten perfilar algunes conclusions més. En primer lloc, l'interval de màxim consum entre els homes se situa en el grup de 45-54 anys (81%) mentre que pel que fa a les dones aquest màxim s'assoleix en el primer dels intervals considerats, el de 16 a 24 anys, en què s'assoleix un percentatge del 65,7% de consumidoras. Mentre el consum és molt més elevat entre els homes i des dels 16 fins els 64 anys més de les 3/4 dels homes afirmen consumir al llarg de l'any de referència algun tipus de begudes alcohòliques, els percentatges de consum entre les dones són clarament inferiors i baixen des del primer interval de consum considerat fins presentar, ja en el grup de 55-64 anys un percentatge d'abstèmies superior a la de bevedores. A partir dels 65 anys aproximadament només 1/3 de les dones beu, mentre encara ho fa el 70% dels homes i, encara baixa més la proporció en el grup de 75 i més anys, tot i que, en

aquest grup, també experimenta un descens significatiu el percentatge de consumidors masculins que, tot i amb això, s'apropa al 58%.

**Gràfic 11** | *Consum d'alcohol en els darrers dotze mesos segons grups d'edat i sexe (% població de 16 i més anys). Estat espanyol. 2009*



Font: Enquesta Europea de Salut a Espaya 2009. INE

Pel que fa al nivell d'estudis i la declaració de consum d'alcohol durant els darrers 12 mesos anteriors a l'enquesta, hi ha una correlació directa entre estudis i consum. Així les persones amb formació universitària, en ambdós sexes, són les que declaren haver begut alguna vegada en major proporció que els altres grups d'estudis considerats. El 85,2% dels homes universitaris i el 71,8% de les dones enquestats així ho han declarat. Els grups de persones amb estudis universitaris de 65 i més anys, tot i presentar uns percentatges inferiors, també presenta aquest patró, amb un 73,7% dels homes i un 54,4% de dones que han consumit alcohol al llarg del període analitzat. Val a dir que consumir alcohol no vol dir fer-ho sense mesura.

Un altra aspecte interessant de l'enquesta és l'anàlisi del consum intensiu d'alcohol que es defineix com a la ingestió de 6 o més begudes en una mateixa situació, ja sigui una festa, una menjada o qualsevol tipus d'activitat que impliqui un consum continuat. Novament en aquest cas trobem una important bretxa de gènere i són els homes, novament els qui presenten els percentatges més elevats. Un 27,6% dels homes manifesta que ho ha fet al llarg dels

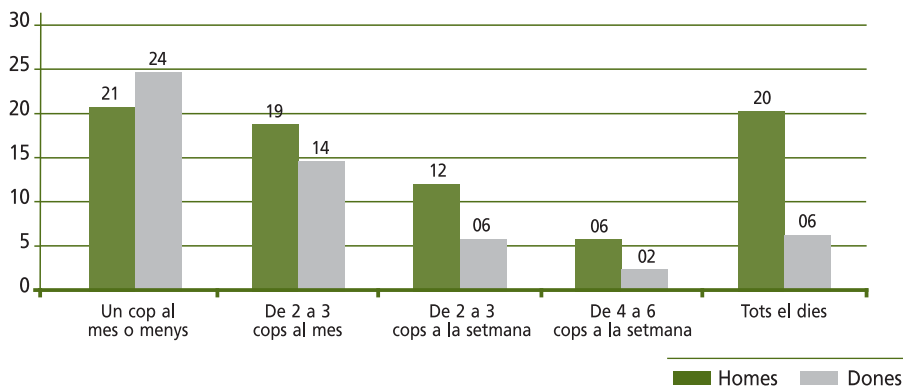
darrers 12 mesos i entre aquests, destaca la freqüència de menys d'un cop per mes (17% dels casos), seguits amb un percentatge idèntic dels qui fan un consum intensiu de l'alcohol setmanalment i mensualment (4,8%). Sorpren que hi hagi un 1% dels homes que manifesten fer-ho diàriament o gairebé. Pel que fa a les dones el 83,3% declara no presentar mai aquest patró de consum intensiu i del percentatge que ho fa, el 10,4% ho fa menys d'un cop al mes; un 3,2% ho fa setmanalment; un 2,9% mensualment i un reduït 0,2%, diàriament.

El grup que més consum intensiu fa és el grup de 16 a 24 anys, tant entre els homes com entre les dones. La freqüència del consum intensiu en aquest grup assoleix el major percentatge, 1/3 dels homes i un 22% de les dones, en la modalitat de menys d'un cop al mes. Juntament amb aquesta modalitat destaca el consum intensiu setmanal que, com podem imaginar, es produeix durant els caps de setmana, bàsicament.

En canvi, el grup que presenta un major percentatge de consum intensiu d'alcohol diari és la població de 55 a 64 anys d'ambdós sexes.

Pel que fa a la població de més de 65 anys és molt poc freqüent el consum intensiu d'alcohol. Només el 6,7% dels homes d'entre 65 i 74 anys i el 4,2% dels de 75 anys i més, front al 3,9% de les dones d'entre 65 i 74 anys i cap dona de 75 o més anys declara haver fet algun presentat aquest tipus de consum en els darrers 12 mesos.

**Gràfic 12** | *Freqüència de consum entre els qui beuen per sexe. Estat espanyol. 2009*



Font: Enquesta Europea de Salut a Espanya 2009. INE

La major part declara que aquest tipus de consum es produeix menys d'un cop cada mes i cal suposar que es produeix eventualment poques vegades l'any en celebracions

determinades o actes socials que inciten a efectuar aquest tipus de consum. Tot i que amb un percentatge reduït de casos, tant entre els homes com entre les dones el percentatge de consum intensiu del grup de població dels 65 fins als 74 anys supera la mitjana per sexe d'aquest indicador. Això mostra que hi ha un sector de població d'edat avançada que presenta taxes indegudes de consum d'alcohol i que, per tant, caldria analitzar amb més profunditat aquesta qüestió a fi de planificar algun tipus d'intervenció que intentés evitar la ingesta abusiva d'alcohol en els grups d'edat més elevats.

### 3.2.3. El consum d'altres drogues

El consum d'altres drogues, fora de les legals ja analitzades i els medicaments prescrits, en els grups de població de 65 i més anys són insignificants. Tot i amb això, les dades de 2009 mostren que globalment el consum d'estupefaents és superior a les Illes Balears que la mitjana estatal pel que fa a la cocaïna, amfetamines, èxtasi o substàncies similars amb un percentatge de consum del 2,5%. Segurament la potència del turisme i l'existència d'un mercat de consum molt gran durant l'estiu, la situació geogràfica privilegiada de les Illes amb bones infraestructures de transport aeri i marítim (regular i col·lectiva i embarcacions i aeronaus privades), juntament amb un elevat poder adquisitiu mitjà fa, entre d'altres causes, que una part important del tràfic de drogues il·legals tengui com una base important de negoci i les Illes i això en facilita l'accés i n'explica en part l'expansió del consum.

Les dades també reflecteixen un patró de gènere en el consum. Les dones consumeixen menys que els homes, però per contra les taxes (1,8%) són triples que les registrades de mitjana a l'Estat.

El consum de cànnabis assoleix xifres superiors al 7%, i només se situa per darrera del consum de Múrcia i Navarra. El consum mitjà de l'Estat se situa en el 50% del de les CA amb major consum.

Val a dir que la societat ha tornat molt tolerant en el consum d'algun d'aquests tipus de drogues com el cànnabis i és freqüent veure com es consumeix amb relativa normalitat a qualsevol lloc de la ciutat i en qualsevol circumstància, fins i tot dins horari laboral, amb el perill d'accidentalitat laboral i viària que això implica. Possiblement cal que s'incideixi amb més intensitat en l'educació per a la salut en el consum de les drogues i que, com a mínim, no es toleri el consum públic d'aquest tipus de substàncies, ja que en cas contrari la societat projecte la imatge que el seu ús és comú i tolerat.

### 3.3. Alguns indicadors d'estil de vida saludable

Presentar un bon estat de salut implica dur un estil de vida saludable. Atesa la complexitat de detectar hàbits de vida correctes per preservar i mantenir la salut, els investigadors

recorren a una sèrie d'indicadors que permeten calibrar de manera bastant acurada quin és l'estil de vida de les persones, d'acord amb el valor que presenten les variables investigades. Tot seguit presentarem quins són els resultats de tres d'aquests indicadors: l'índex de massa corporal, el consum de fruites i verdures i la pràctica d'exercici físic.

L'índex de massa corporal és un càlcul que presenta la relació entre el pes de l'individu (expressat en quilograms) i el quadrat de la talla (expressat en metres). És un índex, per tant, fàcil de conèixer i obtenir ja que els instruments de mesura són molt senzills i el càlcul és immediat. És un indicador sintètic molt interessant, ja que amb una única xifra permet qualificar l'estat d'una persona tot comparant-la amb un interval idoni definit pels especialistes sanitaris, d'acord amb la talla i el sexe de la persona estudiada.

El consum de fruites i verdures és un indicador de salut molt important, ja que s'ha demostrat la necessitat de mantenir un hàbit de consum alimentari correctes per aconseguir mantenir un estat de salut correcta i evitar o, com a mínim, reduir determinats tipus de patologies com ara determinats càncers del sistema digestiu.

Finalment, un indicador que tampoc no es podia deixar d'esmentar és l'exercici físic. L'activitat física no només ajuda a controlar el pes corporal i millorar l'estat muscular, sinó que té importants repercussions psicològiques (increment del benestar) i físiques generals. Així, una pràctica esportiva habitual ajuda a prevenir els riscos cardiovasculars en reduir els nivells de triglicèrids i equilibrar el colesterol, entre d'altres efectes positius.

### **3.3.1. Índex de massa corporal**

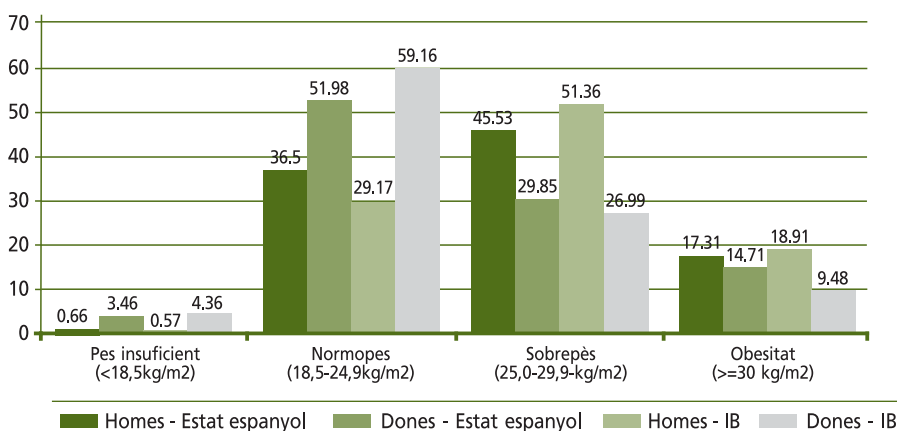
Com hem dit l'IMC és un indicador sintètic que permet crear una imatge dels hàbits de vida de les persones pel que fa a l'alimentació i l'activitat física, tant o més que l'esperança de vida com indicador del desenvolupament d'una societat concreta.

Qualsevol reconeixement mèdic de salut passa per recopilar les dues magnituds necessàries per efectuar-ne el càlcul: l'alçada i el pes. Després dels càlculs pertinents (una multiplicació per obtenir el quadrat de l'alçada en metres que s'utilitza de divisor i una divisió en què el pes en quilograms es divideix pel valor anteriorment obtingut) i comparar-los amb les taules d'IMC per sexe que estableixen els intervals de l'indicador obtingut amb el que es considera adequat, el metge ens realitzarà una sèrie de recomanacions pràctiques, ja siguin per mantenir-nos en el pes normal en cas que ens troben en aquesta situació, ja siguin per pujar de pes (cas poc freqüent) o perdre pes (molt més freqüent) i situar-nos en la mitjana adequada. Generalment les recomanacions sempre són les de modificar els hàbits alimentaris amb majors ingestions de fruites i verdures i reducció de greixos poliinsaturats i l'increment de l'activitat física, tant per consumir l'excés calòric habitualment ingerit com per millorar l'estat físic general.

Les dades de l'Enquesta europea de salut a Espanya duta a terme per l'Institut Nacional d'Estadística ens permet analitzar la distribució d'IMC segons diverses variables com ara el sexe, l'edat, el lloc de residència, el lloc de naixement o els nivells d'estudis, entre d'altres.

La primera conclusió que podem presentar és que hi ha una destacable bretxa de gènere, és a dir, hi ha unes diferències de distribució de l'IMC segons el sexe de pertinença, el que resulta un indicador bàsic de comportament de gènere en hàbits de salut.

**Gràfic 13** | *Distribució de la població segons l'IMC per sexe. Illes Balears i Estat espanyol. 2009*



Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

Pel que fa a les situacions per sobre del pes considerat com a adequat per l'alçada i el sexe dels individus analitzats podem concloure que:

- Els homes presenten unes taxes d'obesitat i sobretot de sobrepès molt per sobre de les dones. La mitjana estatal mostra que mentre el 17,3% dels homes presenten obesitat aquest percentatge és 2,6 punts inferior entre les dones. Quant al sobrepès les xifres reflecteixen encara una bretxa molt més gran: un 45,5% dels homes presenten sobrepès, mentre menys del 30% de les dones assoleix aquest percentatge.
- Les taxes d'obesitat i sobrepès dels homes de les Illes Balears superen les mitjanes estatals. D'acord amb aquesta enquesta l'excés de pes, en els distints graus considerats, afecta amb més intensitat els homes de les Illes. Així, mentre l'obesitat afecta un 18,9% dels insulars aquest percentatge es redueix 1,6 punts percentuals quan analitzem la mitjana estatal. Major és la diferència que registren les xifres de sobrepès on hi ha

prop de 6 punts percentuals de diferència, assolint aquesta xifra a les Illes el 51,4% de la població masculina. Dit d'una altra manera més del 70% de la població masculina de les Illes supera el límit de pes recomanable i poc menys d'1 de cada 5 entre ja dins el grup de major risc per a la salut que és l'obesitat.

**Taula 5 | Sobrepes i obesitat per comunitats autònomes i sexe. 2009**

	Homes		Dones	
	Sobrepes (25,0-29,9Kg/m <sup>2</sup> )	Obsesitat (> =30 kg/m <sup>2</sup> )	Sobrepès (25,0-29,9Kg/m <sup>2</sup> )	Obsesitat (> =30 kg/m <sup>2</sup> )
<b>Mitjana estatal</b>	<b>45,53</b>	<b>17,31</b>	<b>29,85</b>	<b>14,71</b>
Andalusia	47,14	20,04	32,76	19,26
Aragó	46,15	18,33	29,19	12,95
Astúries, Principat de	47,58	22,29	27,73	21,2
<b>Balears, Illes</b>	<b>51,36</b>	<b>18,91</b>	<b>26,99</b>	<b>9,48</b>
Canàries	39,25	17,84	35,6	12,62
Cantàbria	45,53	13,29	31,43	11,14
Castella i Lleó	48	13,58	30,87	11,79
Castella-La Manxa	42,28	19,9	32,01	16,84
Catalunya	43,53	15,37	27,9	12,76
Comunitat Valenciana	45,82	16,99	27,08	14,1
Extremadura	41,88	25,32	38,55	17,41
Galícia	44,89	18,43	35,93	15,21
Madrid (Comunitat de)	47,54	14,53	26,56	12,52
Murcia (Región de)	48,09	20,81	30,68	23,69
Navarra (Comunitat Foral de)	42,18	13,04	26,39	9,23
País Basc	44,75	15,57	25,81	12,6
Rioja (La)	42,81	18,35	25,71	10,68
Ceuta (Ciutat Autònoma de)	41,6	8,62	23,94	14,3
Melilla (Ciutat Autònoma de)	42,77	19,1	36,54	20,55

\* L'índex de massa corporal es calcula multiplicant el pes en quilograms per l'alçada al quadrat.

Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

- Presentar un pes per sobre del que es considera normal és un problema de salut que afecta molt menys el col·lectiu femení, tot i que, entorn al 45% de la població femenina espanyola i menys del 37% de les dones de l'arxipèlag Balear presenten aquest tipus de problemàtica.
- Tant el sobrepès com l'obesitat presenten, contràriament al que hem dit pels homes, unes taxes inferiors a les Illes Balears. Les taxes de sobrepès són gairebé 3 punts inferiors a les Illes que presenten una prevalença del 27%, mentre que l'obesitat presenta més de 5 punts percentuals de diferència i afecte a les Illes al 9,5% de la població.

L'anàlisi d'IMC no només s'utilitza per descobrir els col·lectius de la societat que pateixen excés de pes; també ens permet assenyalar la incidència que tenen aquelles problemàtiques que determinen l'existència d'IMC inferiors al que es recomana. En aquets sentit hem de destacar els fets següents:

- Les dones presenten unes taxes de pes insuficient molt més elevades que els homes. La situació de pes insuficient és present en el 3,5% de les dones de l'Estat que presenten una taxa 5 vegades més alta que la dels homes. Podríem indicar que hi ha una bretxa de gènere, de signe contrari i menor intensitat, que afecta en aquest cas les dones.
- Les taxes de pes insuficient entre les dones són més elevades a les Illes Balears, on assoleixen uns valors del 4,4% mentre les taxes de pes insuficient entre els homes són més baixes i assoleixen un 0,6%.
- Com ens diu l'Observatori social aquest indicador ens aproxima a un seguit de patologies diverses que es troben lligades a trastorns alimentaris com l'anorèxia i la bulímia i, consegüentment, també és un grup sobre el què s'ha de tenir una especial cura.

Tot seguit descriurem la relació de l'IMC, l'edat i el sexe. L'anàlisi d'aquestes variables ens permet presentar una sèrie de conclusions, tant pel que fa a les característiques i els canvis que experimenten amb l'edat els percentatges de població que presenten, ja sigui excés de pes com pes inferior al norma. Com veurem, algunes d'aquestes afirmacions mostren un problemàtica clara en el grup de població més envellida objecte final d'anàlisi d'aquesta publicació.

De l'anàlisi de la distribució dels casos d'excés de pes segons l'edat i el sexe dels enquestats podem extreure, entre d'altres, les conclusions següents:

- En primer lloc, és palès que hi ha una elevada correlació entre l'excés de pes i l'edat. Els percentatges d'homes i dones amb excés de pes experimenten augments significatius amb l'edat.

**Taula 6** | *Índex de massa corporal per edat i sexe. Estat espanyol. 2009*

Grups d'edat	Homes					
	Total	Pes insuficient (< 18,5kg/m <sup>2</sup> )	Normopes (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	Sobrepès (25,0-29,9Kg/m <sup>2</sup> )	Obesitat (> =30 kg/m <sup>2</sup> )	Excés de pes
Total	100	0,66	36,5	45,53	17,31	62,84
De 18 a 24 anys	100	3,64	67,34	23,15	5,87	29,02
De 25 a 34 anys	100	0,52	46,63	40,65	12,2	52,85
De 35 a 44 anys	100	0,23	35,02	47,15	17,6	64,75

*continua*



Homes						
Grups d'edat	Total	Pes insuficient (< 18,5kg/m <sup>2</sup> )	Normopes (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	Sobrepès (25,0-29,9Kg/m <sup>2</sup> )	Obesitat (> =30 kg/m <sup>2</sup> )	Excès de pes
De 45 a 54 anys	100	0,12	28,5	51,36	20,01	71,37
De 55 a 64 anys	100	0,15	23,55	51,41	24,9	76,31
De 65 a 74 anys	100	0,3	23,73	52,09	23,88	75,97
De 75 i més anys	100	1,28	31,47	50,16	17,08	67,24

Dones						
Grups d'edat	Total	Pes insuficient (< 18,5kg/m <sup>2</sup> )	Normopes (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	Sobrepès (25,0-29,9Kg/m <sup>2</sup> )	Obesitat (> =30 kg/m <sup>2</sup> )	Excès de pes
Total	100	3,46	51,98	29,85	14,71	44,56
De 18 a 24 anys	100	13,29	68,47	13,81	4,43	18,24
De 25 a 34 anys	100	5,33	66,08	21,37	7,21	28,58
De 35 a 44 anys	100	3,14	59,29	26,08	11,49	37,57
De 45 a 54 anys	100	1,23	53,24	30,77	14,77	45,54
De 55 a 64 anys	100	0,59	38,73	40,06	20,62	60,68
De 65 a 74 anys	100	0,59	28,46	43,57	27,38	70,95
De 75 i més anys	100	2,22	34,81	39,03	23,94	62,97

\* El grup excès de pes no és una classificació de l'IMC. És l'indicador que he afegit, suma dels valors de sobrepès i obesitat, amb la finalitat de facilitar l'anàlisi de dades.

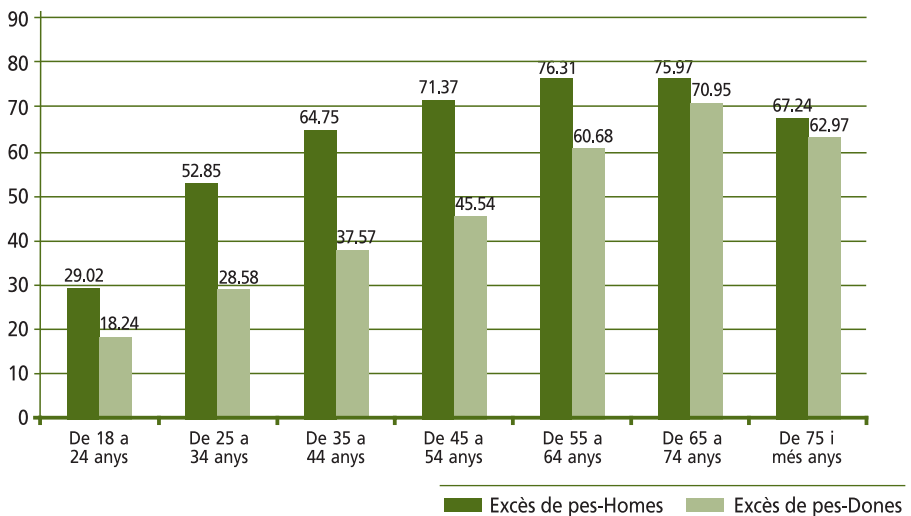
Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009 i elaboració pròpia

- En segon lloc, la corba de creixement presenta dues tendències clares; una primera tendència abasta des del grup d'edat més jove considerat fins els 64 anys i una segona tendència que es detecta pels volts dels 65 anys. La primera tendència representa un moviment creixent, més ràpid en el homes, per caure en la segona tendència apuntada. Això significa, que la població experimenta un important creixement de les taxes d'excès de pes fins entorn als 65 anys, a partir de la qual, aquest xifra baixa en el cas del homes i en ambdós sexes a partir dels 75 anys on, fins i tot, s'incrementen de manera significativa els casos de pes insuficient. Les raons de l'increment de les taxes d'excès de pes (primera tendència) són clares; uns hàbits de vida excessivament sedentaris que no compensen la quantitat i la qualitat dels aliments que s'ingereixen. Quant a la segona tendència assenyalada que afecta a la població d'edat més avançada podem llançar dues hipòtesis; d'una banda s'incrementa el control sobre la salut en aquestes edats, fruit dels problemes sanitaris ja manifestats o fruit d'una major cultura de la salut i una voluntat preventiva més elevada a mesura que els individus assoleixen la cúspide de la piràmide etària de l'espècie humana i en segon lloc, que el procediment d'envelliment suposa pèrdua de massa òssia i muscular, juntament amb la menor activitat física i el menor consum d'aliments que acompanya moltes vegades els grups de més edat i

determina que en els sectors de més edat es produeixi un descens en l'excés de pes i, fins i tot, alguns casos de pes insuficient.

- En tercer lloc, hi ha unes clares diferències entre sexes en l'evolució de l'IMC. Ja hem comentat anteriorment que l'excés de pes afecta més els homes que les dones. Això és així en tots els intervals de població analitzats, des de la població de 18 anys fins a la de 75 i més anys. Hi ha però unes clares diferències de ritme evolutiu. Així, la corba d'increment de l'excés de pes és molt ràpida entre els homes. Ben aviat (25-34 anys) més de la meitat de la població masculina en pateix, i en el grup dels 45-54 anys passa a superar el 70% i assoleix posteriorment uns màxims que suposen que més de les tres quartes parts de la població masculina espanyola presenta aquesta característica, proporció que no baixarà fins el grup d'homes de més de 75 anys. L'evolució de l'excés de pes en les dones és molt més progressiu i lent i només experimenten un salt considerable a partir dels 55 anys amb la menopausa, que porta als màxims d'excés de pes que entre les dones es produeix en el grup dels 65-74 anys, a partir del qual s'experimenta com entre els homes un descens important en les taxes d'excés de pes.

**Gràfic 14** | *Evolució de l'excés de pes en relació amb l'edat i el sexe. Estat espanyol. 2009*



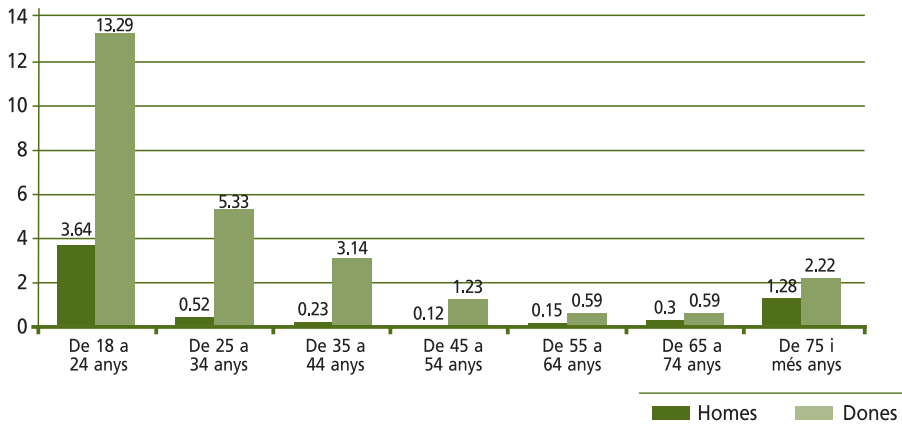
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades primàries de l'INE de l'Enquesta europea de salut 2009

Després de l'anàlisi dels casos d'excés de pes a partir dels valors dels canvis de l'IMC a mesura que la població envellaix, tot considerant les diferències de gènere, cal ara

que ens centrem en el cas invers: els casos de pes insuficient. Vegem-ne les principals característiques:

- El pes insuficient és una problemàtica fortament marcada pel sexe dels individus. Existeix una bretxa de gènere que afecta de manera especial les dones.
- Podem acceptar que existeix un patró general que relaciona el pes insuficient amb l'edat. El patró és comú als homes i les dones i presenta una forma de paràbola matemàtica, en què es produeix un fort descens de pes insuficient a mesura que s'incrementa l'edat assolint l'asíntota entorn als 65 anys, xifra a partir de la qual es produeix un nou creixement. En el cas dels homes aquest creixement és prou clar ja dins l'interval 65-74 anys mentre que en les dones no és fins el següent grup etari en què experimenta un creixement molt destacable.

**Gràfic 15** | *Percentatge de població que presenta pes insuficient per edat i sexe. Estat espanyol. 2009*



Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

- Tot i aquest patró comú, les diferències entre sexes pel que fa als valors assolits pels casos de pes insuficient i del ritme de canvi són molt significatives. Les dones presenten en el grup dels 18-24 anys un elevat percentatge de casos de pes insuficient, més del 13% mentre els homes presenten una taxa molt inferior (3,64%). Aquest comportament de gènere deriva de la voluntat d'imitar els estereotips que en els països occidentals, quan a les característiques físiques que han de tenir les dones per ser considerades belles i atractives, han difós i continuen difonent els mitjans de comunicació de masses i el món publicitari. La imatge d'una dona prima, proporcionada i de pell perfecta, que

no existeix en molts de casos més que en món del Photoshop, un dels programes més famosos de retoc fotogràfic que s'aplica no només per corregir defectes d'imatge sinó per modificar els cossos i les faccions dels models fins a fer-los irreconeixibles i baixar-ne artificialment diverses talles, ha creat un model impossible d'imitar que condueix en molts casos, sobretot entre les dones joves, a presentar unes conductes alimentàries poc saludables que en els casos més greus poden acabar en patologies molt importants com l'anorèxia i la bulímia que produeixen greus afectacions psicològiques i físiques. Val a dir que recentment, hi ha un cert consens en el món de la moda i un cert control administratiu a fi d'evitar que les models presentin casos greus de pes insuficient i que a les botigues les dones (en ser les més afectades per la pressió social i la imatge projectada) hi puguin trobar talles adequades per les proporcions antropomètriques mitjanes de la població de cada àrea. Malgrat tot, el Photoshop continua i no només s'aplica als cossos femenins, també els cossos masculins són objecte de millora digital, entre els que podem esmentar una recent campanya publicitària de cosmètica masculina en què ha intervingut el famós tennista mallorquí Rafa Nadal, per només esmentar un cas amb cert ressò a la nostra comunitat autònoma. Després d'aquest incís i tornant a com evoluciona el pes insuficient per sexe i edat, cal posar de relleu que els homes experimenten a partir dels 25 anys un espectacular descens, mentre que la corba és molt més suau en les dones que no presenten el mínim de pes insuficient fins entre els 55-74 anys (0,59%).

- Entre els homes a partir dels 65 anys i amb més intensitat a partir dels 75 es produeix un fort increment dels casos d'individus amb pes insuficient que, per a les dones, es produeix sobre tot a partir dels 75 anys. Aquest repunt s'ha de lligar necessàriament amb els processos degeneratius propis de la senectut. Així, a determinats problemes de salut (osteoporosi, pèrdua de massa muscular...) cal afegir-hi trastorns en l'alimentació que deriven tant del canvi en la percepció de sensacions com la gana i altres aspectes de l'entorn com les situacions de solitud, que poden fer que els anteriors hàbits alimentaris es modifiquin juntament amb el fet de què, en edats avançades, es produeix un deteriorament de les activitats bàsiques com ara el cuinar.

Una altra variable que es recull l'Enquesta de salut de 2009 és el nivell d'estudi. De l'anàlisi de la relació de l'IMC amb el nivell d'estudis podem concloure, les tendències generals següents:

- Hi ha una correlació clara i inversa entre el nivell d'estudis i els casos d'excés de pes. Així, tant entre els homes com entre les dones on la tendència és més clara, podem afirmar que com major ha estat el grau formatiu assolit, menor és la proporció d'excés de pes. Aquest fet el podem interpretar en el sentit que major formació implica major educació i, dins l'educació, hi ocupa un lloc molt important l'educació en els hàbits de salut, on l'alimentació hi juga un paper bàsic. Per tant, la població amb major grau de formació tendirà a presentar uns hàbits de vida i alimentació més saludables i això en pot explicar els menors percentatges d'excés de pes.

- La menor proporció d'excés de pes d'acord amb el major nivell d'estudis s'assoleix tant en els intervals d'IMC que impliquen sobrepès com en els d'obesitat, on és més pregona la diferència.
- Pel que fa al grup de 65 i més anys segons el nivell d'estudis podem dir que s'aprecia de manera clara la incidència d'una major cultura que incideix en hàbitats més saludables i que porta, sobretot, al control de l'obesitat, ja que tant entre els homes com entre les dones, se'n registren els percentatges més baixos. Tot i amb això, aquest grup presenta uns percentatges tal volta excessius de sobrepès i palesa que encara hi queda molt treball per fer per modificar els hàbits de vida d'aquest col·lectiu, com també de la resta de la societat per aconseguir millorar les cotes de salut.

**Taula 7** | *IMC de les homes i les dones de 65 i més anys per nivells d'estudis. 2009*

Sexe	Total	Pes insuficient (< 18,5kg/m <sup>2</sup> )	Normopes (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	Sobrepès (25,0-29,9Kg/m <sup>2</sup> )	Obesitat (> =30 kg/m <sup>2</sup> )
<b>Homes de 65 i més anys</b>					
Total	100	0,73	27,13	51,24	20,9
No sap llegir o escriure o amb estudis primaris incomplets	100	0,86	27,25	48,21	23,67
Estudis primaris complets	100	0,36	22,47	52,8	24,37
Estudis secundaris de 1a etapa	100	0,68	22,1	59,33	17,89
Estudis secundaris de 2a etapa	100	0,97	33,95	48,69	16,39
Ensenyaments professionals de grau superior o equivalents	100	2,9	39,95	44,56	12,6
Universitaris	100	0,79	35,35	55,19	8,67
<b>Dones de 65 i més anys</b>					
Total	100	1,4	31,62	41,31	25,67
No sap llegir o escriure o amb estudis primaris incomplets	100	1,57	25,04	41,25	32,14
Estudis primaris complets	100	1,2	34,63	43,57	20,6
Estudis secundaris de 1a etapa	100	0,49	39,62	35,24	24,64
Estudis secundaris de 2a etapa	100	2,07	48,8	36,74	12,38
Ensenyaments professionals de grau superior o equivalents	100	..	..	..	..
Universitaris	100	1,3	47,52	40,73	10,45

.. - la mostra resulta insuficient per subministrar dades.

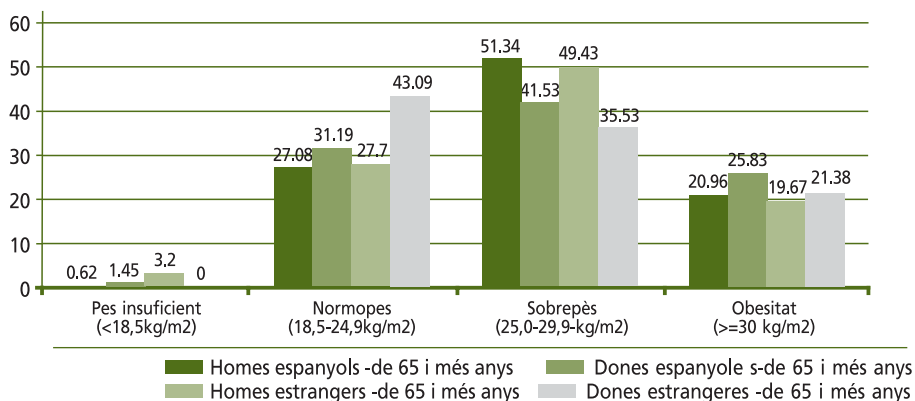
Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

Acabarem aquest epígraf amb l'anàlisi d'una darrera variable: el lloc de naixement (es

compara la població nascuda a l'Estat espanyol amb la població estrangera resident a Espanya). Podem afirmar que:

- Hi ha més casos d'obesitat entre la població nascuda a Espanya que entre la població nascuda a l'estranger en tots els grans grups d'edat considerats i en ambdós sexes. Les taxes d'obesitat entre les dones espanyoles són alguns punts percentuals superiors a les dones nascudes a l'estranger, mentre les taxes dels homes, tot i que també entre els espanyols són superiors, són molt similars.
- El cas contrari el trobem si ens fixem en el pes insuficient, ja que la població estrangera presenta unes taxes en general superiors a les dels nascuts a l'Estat espanyol. Aquesta situació és conseqüència de les majors taxes de pes insuficient entre les dones del col·lectiu nascut a l'estranger, amb l'única excepció de les dones de més edat en què l'enquesta no registra cap cas.
- Pel que fa a la població de 65 i més anys segons el lloc de naixement, novament descobrim que els sobrepès i l'obesitat són més comuns entre els nascuts a Espanya que a l'estranger i que aquestes taxes són especialment significatives entre les dones. Aquesta situació deriva d'uns percentatges molt més elevats d'homes i sobretot dones estrangeres que presenten un pes correcte. Cal formular la hipòtesi que hi ha raons culturals que actuen sobre els hàbits de salut que n'expliquen aquestes diferències. Nogensmenys les taxes de pes insuficient són molts més elevades en els homes estrangers i, curiosament, l'enquesta no recull cap cas de dones estrangeres en aquesta situació.

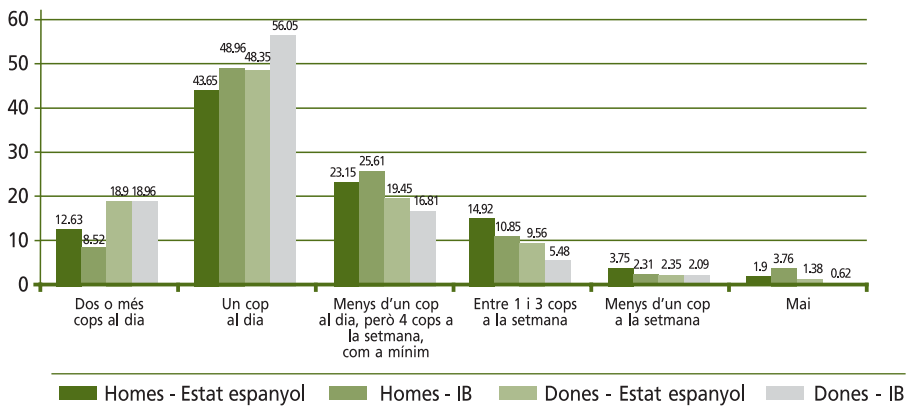
**Gràfic 16** | *IMC de la població de 65 i més anys segons lloc de naixement i sexe. 2009*



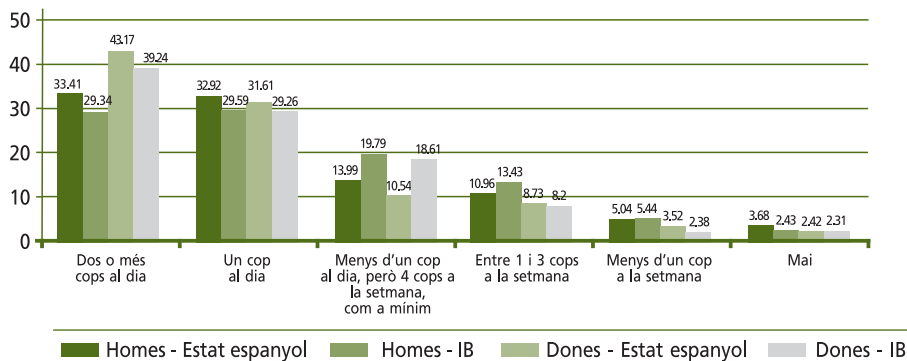
### 3.3.2. La valoració de l'alimentació a través de la freqüència del consum de verdura i ensalada i fruita

Tot continuant amb l'anàlisi dels aspectes recollits al mòdul de determinants de la salut inclosos en l'Enquesta europea de salut de 2009, un cop analitzats els aspectes més destacats de l'IMC, com a un dels seus indicadors principals, i abans d'analitzar l'apartat d'activitat física, que juntament amb l'alimentació és un dels pilars del bon estat de salut, repassarem breument els aspectes més destacables del consum de productes vegetals (verdures, ensalades i fruita), bàsics pel manteniment d'un bon estat de salut. Els nutricionistes assenyalen la conveniència de fer-ne un consum múltiple diari de les racions d'aquest grup, ja que a més d'aportar vitamines i oligoelements nutritius, també tenen un component elevat de fibra, cosa que millora el funcionament del sistema digestiu i n'afavoreix una bona eliminació dels residus, prevé determinats tipus de neoplàsies i pot influir positivament en la reducció dels paràmetres que incideixen negativament en problemes del sistema circulatori, entre d'altres efectes beneficiosos. Consumir fruites i verdures també és important a més de per les qualitats intrínseques nutritives per l'elevat grau d'efecte saciant, cosa que afavoreix la reducció de la ingesta de calories, que n'és responsable dels elevats percentatges de sobrepès i obesitat de les societats desenvolupades i que són causa important de problemes de salut.

**Gràfic 17** | *Consum de verdura o ensalada per freqüència de consum. Illes Balears i Estat espanyol. 2009*



**Gràfic 18** | *Consum de fruita per freqüència de consum. Illes Balears i Estat espanyol. 2009*



Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

Pel que fa al consum de verdura o ensalada i fruita segons l'edat i el sexe podem esmentar les principals característiques següents:

- El consum de verdures o ensalades és superior entre les dones. Més del 67,25% de les dones enquestades a l'Estat consumeix verdures o ensalades, com a mínim, un cop al dia, mentre entre els homes el consum és 10 punts percentuals inferior (56,28%). A les Illes Balears les xifres de consum freqüent són molt més destacades, superant el 75%, mentre que les xifres de consum entre els homes són similars a les de l'Estat, fent que la diferència de consum d'aquests productes sigui molt major, apropant-se als 18 punts percentuals. Podem, per tant, afirmar que existeix una destacable bretxa de gènere en el consum d'aquest tipus de productes vegetals.
- El consum de fruita presenta novament un consum més elevat entre les dones. Contràriament a les verdures i ensalades, el consum de fruita és superior a l'Estat que a les Illes Balears. Els homes presenten un valor de consum freqüent (un cop o més al dia) del 66,33% mentre que a les Illes s'assoleix un 58,93%. Les dones presenten el mateix patró i, mentre a l'Estat el consum freqüent és característic de prop del 75% de la població a les Balears és inferior, del 68,5%.
- A l'extrem contrari cal considerar aquells que mai no consumeixen verdures o ensalades o en fan un consum molt escàs. Pel que fa al consum de verdures o ensalades palesar que en la categoria de consum nul destaca el cas dels homes de les Illes Balears amb un 3,76%, xifra gairebé 2 punts percentuals per sobre de la mitjana



estatal (1,9%). Les dones que, com hem dit presenten uns hàbits de consum d'aquests productes vegetals molt més elevats, presenten unes taxes molt més baixes de consum nul; concretament el 0,62% de les dones de les Illes Balears i l'1,38% de l'Estat. Quant al consum escàs (categoria que definim a partir de la suma del consum nul i de menys d'un cop la setmana) trobem uns percentatges que pels homes es mouen pels volts del 6% (6,07% a les Illes i 5,65% a l'Estat), mentre novament les dades que presenten les dones són més baixes, tot i que s'eleven considerablement respecte al consum nul, amb un 2,71% a les Illes i un 3,73% a l'Estat. Aquestes xifres són un indicador que hi ha un consum insuficient, nul en molts casos, que incideix negativament en l'estat de salut de la població a llarg termini i, per tant, és necessari que les administracions i el sistema educatiu potenciïn l'educació en la salut en què l'alimentació hi té un paper fonamental.

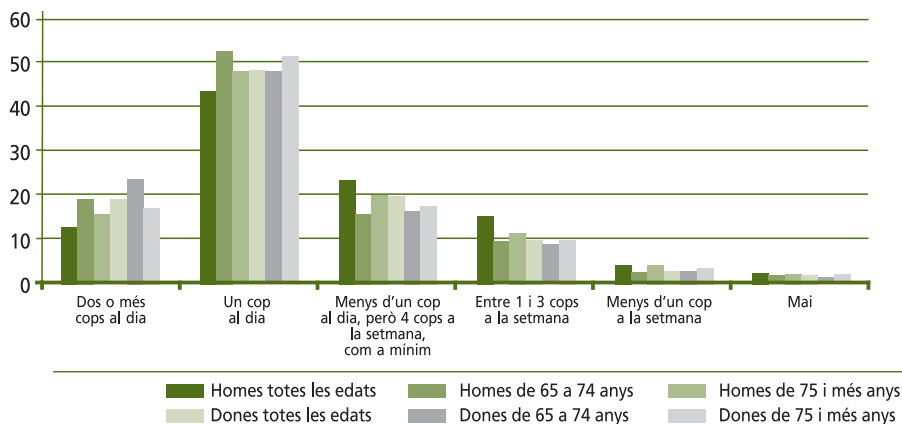
- Quant al consum escàs de fruita (nul o menys d'un cop a la setmana) els valors de la mitjana estatal són superiors als de les Illes. Així la mitjana estatal de consum escàs de fruita és del 8,72% en els homes i d'un 5,94 per a les dones mentre a les Illes es registren uns percentatges del 7,87 i 4,69%.

Pel que fa a la població de 65 i més anys, pel que fa al consum d'ensalades o verdures i fruites podem afirmar que:

- Les taxes de consum d'ensalades o verdures i també de fruita ens els grups superiors de la piràmide etària són superiors a les mitjanes globals de consum per sexe, en tots els intervals analitzats.
- La bretxa de gènere que hem considerat un tret característic del consum general d'ensalades o verdures tendeix a desaparèixer i, fins i tot, en el grup dels 65-74 anys el consum freqüent masculí supera el femení. Aquesta situació és conseqüència de l'augment molt destacable en aquest nínxol etari del consum freqüent entre els homes. Aquest increment de consum és conseqüència de la conscienciació de la població en edats avançades de la importància de seguir una dieta més equilibrada i variada. Les administracions públiques especialment la sanitària, a través dels metges de família i campanyes específiques juntament amb altres vectors de formació, entre els que també s'ha de comptar amb les empreses del sector alimentari que elaboren productes específics per contribuir a reduir alguns problemes de salut derivats del consum incorrecte i del sedentarisme, contribueixen a incrementar la consciència de la necessitat de cuidar la dieta entre les persones de més edat. Així, els homes d'entre els 65 i els 74 anys presenten unes taxes de consum freqüent del 72,02% front al 71,76% de les dones.
- El percentatge de consum freqüent baixa significativament en el grup de 75 i més anys i les taxes passen a ser del 63,38 i 68,38%, respectivament. Això podria ser indicatiu d'un

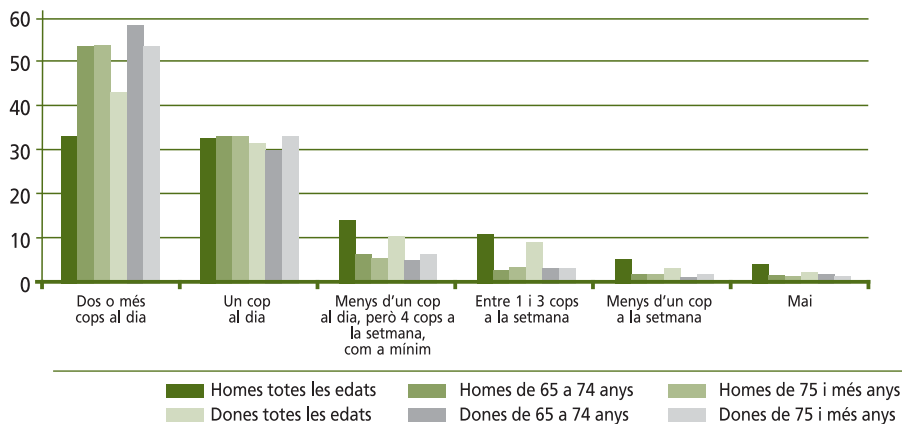
minva en la varietat i la qualitat de l'alimentació de la població de més edat i, per tant, possiblement s'hagi d'incidir per intentar millorar-la i que, com a mínim, se'n mantingui el percentatge de consum de l'interval anterior.

**Gràfic 19** | *Consum de verdura o ensalada per freqüència de consum. Població de 65 i més anys i mitjana de consum per sexe. Estat espanyol. 2009*



Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 20

**Gràfic 20** | *Consum de fruita per freqüència de consum. Població de 65 i més anys i mitjana de consum per sexe. Estat espanyol. 2009*



Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

**Taula 8** | *Freqüència de consum de verdures o ensalada de la població de més de 65 anys per sexe, segons el nivell d'estudi. Estat espanyol. 2009*

Sexe	Total	Dos o més cop al dia	Un cop al dia	Menys d'un cop al dia, però 4 cops a la setmana, com a mínim	Entre 1 i 3 cops a la setmana	Menys d'un cop la setmana	Mai
<b>Homes de 65 i més anys</b>							
Total	100	17,3	50,73	17,45	10,21	2,88	1,42
No sap llegir o escriure o amb estudis primaris incomplets	100	16,09	46,59	19,89	11,11	4,56	1,76
Estudis primaris complets	100	18,04	49,89	18,43	10,25	2,4	1,01
Estudis secundaris de 1a etapa	100	20,08	52,81	15,55	7,11	0,77	3,68
Estudis secundaris de 2a etapa	100	17,31	57,82	11,7	10,8	1,52	0,85
Ensenyaments professionals de grau superior o equivalents	100	16,72	58,9	6,42	17,96	0	0
Universitaris	100	17,48	59,87	14,24	6,59	1,2	0,63
<b>Dones de 65 i més anys</b>							
Total	100	17,3	50,73	17,45	10,21	2,88	1,42
No sap llegir o escriure o amb estudis primaris incomplets	100	16,09	46,59	19,89	11,11	4,56	1,76
Estudis primaris complets	100	18,04	49,89	18,43	10,25	2,4	1,01
Estudis secundaris de 1a etapa	100	20,08	52,81	15,55	7,11	0,77	3,68
Estudis secundaris de 2a etapa	100	17,31	57,82	11,7	10,8	1,52	0,85
Ensenyaments professionals de grau superior o equivalents	100	16,72	58,9	6,42	17,96	0	0
Universitaris	100	17,48	59,87	14,24	6,59	1,2	0,63

Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

**Taula 9** | *Freqüència de consum de fruita de la població de més de 65 anys per sexe, segons el nivell d'estudi. Estat espanyol. 2009*

Sexe	Total	Dos o més cop al dia	Un cop al dia	Menys d'un cop al dia, però 4 cops a la setmana, com a mínim	Entre 1 i 3 cops a la setmana	Menys d'un cop la setmana	Mai
<b>Homes de 65 i més anys</b>							
Total	100	54	33,42	6,19	3,15	1,88	1,36
No sap llegir o escriure o amb estudis primaris incomplets	100	48,36	37,04	7,38	3,22	2,2	1,81
Estudis primaris complets	100	56,52	31,03	5,75	3,12	2,66	0,92
Estudis secundaris de 1a etapa	100	63,47	27,01	4,07	2,17	0,45	2,84
Estudis secundaris de 2a etapa	100	50,85	38,16	6,38	4	0,38	0,22
Ensenyaments professionals de grau superior o equivalents	100	64,62	25,88	0	7,71	0	1,79
Universitaris	100	62,87	27,69	5,52	1,9	1,01	1,02
<b>Dones de 65 i més anys</b>							
Total	100	56,19	32,07	5,68	3,13	1,47	1,46
No sap llegir o escriure o amb estudis primaris incomplets	100	51,23	35,62	6,38	3,8	1,64	1,33
Estudis primaris complets	100	59,55	30,52	4,72	2,27	1,71	1,22
Estudis secundaris de 1a etapa	100	70,36	18,6	4,53	3,94	0,41	2,16
Estudis secundaris de 2a etapa	100	62,39	23,65	7,59	2,34	0,47	3,57
Ensenyaments professionals de grau superior o equivalents	100	..	..	..	..	..	..
Universitaris	100	67,11	25,15	3,82	2,4	0,55	0,97

Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

- El consum de fruita en els grups de més de 65 anys presenta unes elevadíssimes taxes de consum. Entorn al 88% d'aquesta població consumeix fruita com a mínim un cop al dia. Els percentatges són gairebé idèntics entre sexes i tant en el grup de 65 als 74 anys com en el de 75 i més anys.
- En els grups de més edat el consum nul de fruita és inferior en tots els casos al 2% de la població i el consum escàs no supera el 3,6%. Les xifres també en aquest cas són similars entre sexes i grups d'edat superior considerats, tal volta unes dècimes més elevat en el grup masculí d'entre els 65 i els 74 anys.

Quant a la variable de nivell d'estudis en relació al consum de verdures o ensalades i fruita podem destacar el següent:

- Hi ha una correlació directa entre el nivell d'estudis i el consum d'aquests productes, molt més clara pel que fa a verdures o ensalades que a la fruita. El que sí és palès és que les persones amb formació universitària presenten unes taxes de consum escàs molt baixes, destacant sobre tot el baix índex dels qui no en consumeixen mai i unes taxes de consum elevat superiors a la mitjana. Ambdós sexes manifesten aquest comportament que esdevé especialment evident entre les dones.
- Pel que fa a la població de 65 i més anys destacar que es produeix aquesta mateixa correlació; els màxims de consum així com els índexs més baixos de consum escàs es registren en els grups amb major formació. Els universitaris de 65 i més anys tenen un consum freqüent de verdures o ensalades del 77,35%, mentre presenten una taxa de consum escàs de l'1,83%. Les dones presenten, al seu torn, unes taxes del 76,76 i 1,66%, respectivament.
- Quant al consum de fruita entre la població universitària de 65 i més anys les taxes de consum freqüent assoleixen un 90,56% entre els homes i un 92,26% entre les dones.

### 3.3.3. Població i activitat física

L'activitat física és fonamental per preservar un bon estat de salut general, atès que millora una gran quantitat de paràmetres biofísics que milloren l'estat general orgànic de qui realitza l'activitat com també influeix positivament en l'àmbit psicològic, per la millora de l'autoestima i la possibilitat d'establir i millorar les relacions socials mitjançant trobades que impliquin la realització d'accions físiques, ja siguin pròpiament esportives ja siguin lúdiques (pe, excursions en grup de descoberta de la natura).

Aconseguir incrementar l'activitat física de la població, sobretot entre determinats grups, en una societat on la motorització i la vida urbana fan que de cada cop sigui més gran el

sedentarisme i la inactivitat, han de ser un dels objectius prioritaris per millorar-ne l'estat de salut general.

Els canvis en els hàbits alimentaris, d'una banda i la millora de l'activitat física són dos dels pilars en què s'assenta la millora de la qualitat de vida, a través de la qual es poden incrementar en bona mesura els anys d'esperança en vida en bona salut de què hem parlat anteriorment. La nostra societat ha d'aconseguir no només millorar els anys que hom pot esperar viure, sinó també que aquests anys aconseguits amb avenços científics i socials, siguin anys en què la salut acompanyi el procés i les persones en puguin gaudir amb una major plenitud. Això només es pot aconseguir amb la participació activa i conscient dels implicats. Qui vulgui gaudir d'un bon estat de salut a mesura que va envellint, cal que modifiqui els seus hàbits alimentaris, gaudint d'aliments variats i saludables i realitzant una activitat física adequada. I, òbviament, el primer que les administracions i els científics poden fer, és donar a conèixer entre la població la relació que hi ha entre hàbits de vida i salut i que els interessat puguin actuar en conseqüència.

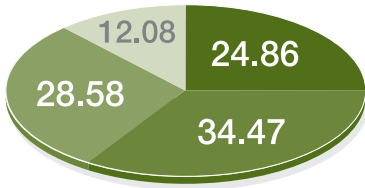
L'Enquesta europea de salut estableix una sèrie de categories dins l'activitat física: activitat intensa, activitat moderada, activitat lleugera i cap activitat. L'activitat física intensa inclouria aquells grups d'activitats que requereixen molt esforç físics i que fan que una persona respiri amb una major intensitat del què és habitual. Les activitats físiques moderades són aquelles que inclouen una activitat física de menor intensitat que les del grup anterior i que només increment l'agitació respiratòria. L'activitat física lleugera és definida com una activitat física de baixa intensitat, com ara caminar un mínim de 10 minuts seguits, cosa que en principi no altera la respiració, però permet mesurar el manteniment d'una certa capacitat física que en permet dur a terme tasques necessàries per a la vida diària i en garanteix l'autonomia. Finalment, el darrer apartat inclou aquell grup de persones que consideren que no realitzen cap activitat física, ni tan sol les de natura lleugera descrites anteriorment.

Un aspecte que hem de tenir present és que la sol·licitud sobre l'activitat física realitzada s'ha fet sobre l'activitat desenvolupada durant els 7 dies anteriors a l'enquesta. És pretén, per tant, descobrir l'existència de certs patrons en relació a l'activitat física, eliminant per tant comportaments puntuals.

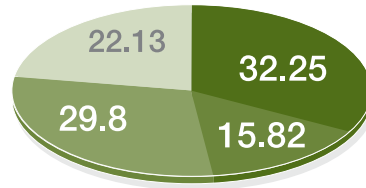
Tot seguit analitzarem els resultats d'aquesta variable relacionant-la com hem fet en epígrafs anteriors amb altres variables com ara el sexe, el grup d'edat, la CA de residència i el nivell d'estudis, gràcies a les dades que ens ha proporcionat l'INE.

**Gràfic 21** | Proporció de població segons l'activitat física realitzada la setmana anterior a l'enquesta. Estat espanyol i Illes Balears, 2009

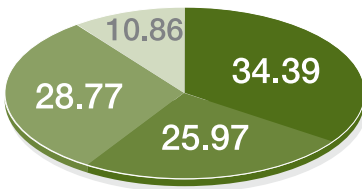
*Ambdós sexes - Estat espanyol*



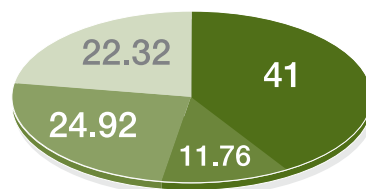
*Ambdós sexes - Illes Balears*



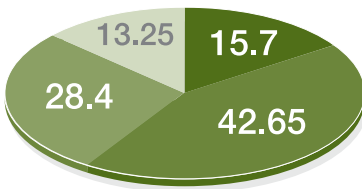
*Homes - Estat espanyol*



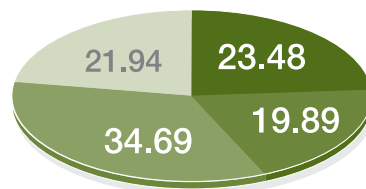
*Homes - Illes Balears*



*Dones - Estat espanyol*



*Dones - Illes Balears*



 Activitat física intensa	 Activitat física moderada
 Activitat física lleugera	 No realitza cap activitat

Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

Pel que fa a la relació de l'activitat física amb el sexe, d'acord amb les dades presentades al gràfic 21, podem concloure:

- Hi ha diferències significatives per sexe quant a la realització d'activitat física. La bretxa de gènere però, es redueix a uns pocs punts percentuals si considerem la suma de les activitats intenses i moderades, que podem qualificar com activitat física adequada. On més destaca la diferència és en la realització d'activitats físiques intenses; grup en què hem d'incloure les pràctiques esportives més habituals com ara córrer, jugar a futbol, tennis, practicar natació, anar en bicicleta... i qualsevol que comporti un increment de

l'activitat cardiovascular i respiratòria que suposa la inclusió en aquest grup d'activitat. Mentre un 34,39% dels homes de l'Estat espanyol afirmen haver realitzat activitat física intensa durant els darrers 7 dies anteriors a l'enquesta, les dones presenten uns valors percentuals inferiors a la meitat d'aquesta xifra, amb menys del 16% (15,7%). Val a dir que hi ha una significativa transferència entre l'activitat física intensa i l'activitat física moderada, que és el grup més freqüent d'activitat entre les dones. Així mateix, les dades mitjanes de l'Estat ens mostren que la manca absoluta d'activitat física és uns punts percentuals superiors entre les dones (13,3%) que entre els homes (10,9%)

- La relació amb l'activitat física es troba a les Illes Balears fortament polaritzada. La població illenca que realitza una activitat física intensa o, contràriament, no realitza cap activitat presenten a l'arxipèlag uns percentatges considerablement més elevats que a l'Estat espanyol. D'una banda, el 41% dels homes de les Illes Balears declaren haver realitzat una activitat física intensa, gairebé un 7% per sobre de la mitjana estatal i entre les dones també s'obté una diferència similar, el 23,5% de les dones de les IB han realitzat una activitat física intensa mentre a l'Estat aquesta xifra és del 15,7% (poc menys de 8% de diferència). A l'extrem contrari, les xifres d'inactivitat són molt elevades a les Illes Balears i dupliquen els resultats obtinguts com a mitjana a l'Estat espanyol. Mentre només un 10,86% dels homes i un 13,25% a l'Estat no han realitzat cap activitat física en la setmana prèvia a l'enquesta, aquestes xifres assoleixen a les Illes Balears uns destacadíssim valors d'un 22,32% i un 21,94%, respectivament.
- Els resultats de l'Enquesta europea de salut de 2009 duta a terme a l'Estat espanyol situen a les Illes Balears com la comunitat autònoma de l'Estat més sedentària només per darrera de la Rioja i, a més, a una gran distància dels valors mitjans de l'Estat. El sedentarisme se situaria en 10,05 punts percentuals per sobre pel que fa a la mitjana d'ambdós sexes; en 8,69 punts per les dones i en 12,46 punts pel que fa als homes. Aquest és un dels resultats que personalment més m'ha sorprès i indica que ens trobam front a un gran problema potencial de salut general. El sedentarisme és un comportament que s'ha de combatre per millorar la salut individual. Cal, per tant, que es treballi a les Illes per reduir-ne la incidència i incrementar la pràctica esportiva. No cal treballar només per aconseguir esportistes d'elit, cal fer una feina de base per aconseguir una societat que practiqui i gaudeixi de l'activitat física i dels beneficis somàtics, psicològics i socials que comporta. Cal deixar de banda el vehicle i recórrer els pobles i les ciutats caminant; com a mínim, efectuarem una activitat física lleugera i evitarem, alhora un dels principals focus contaminants de l'arxipèlag, el fum dels vehicles de combustió interna.

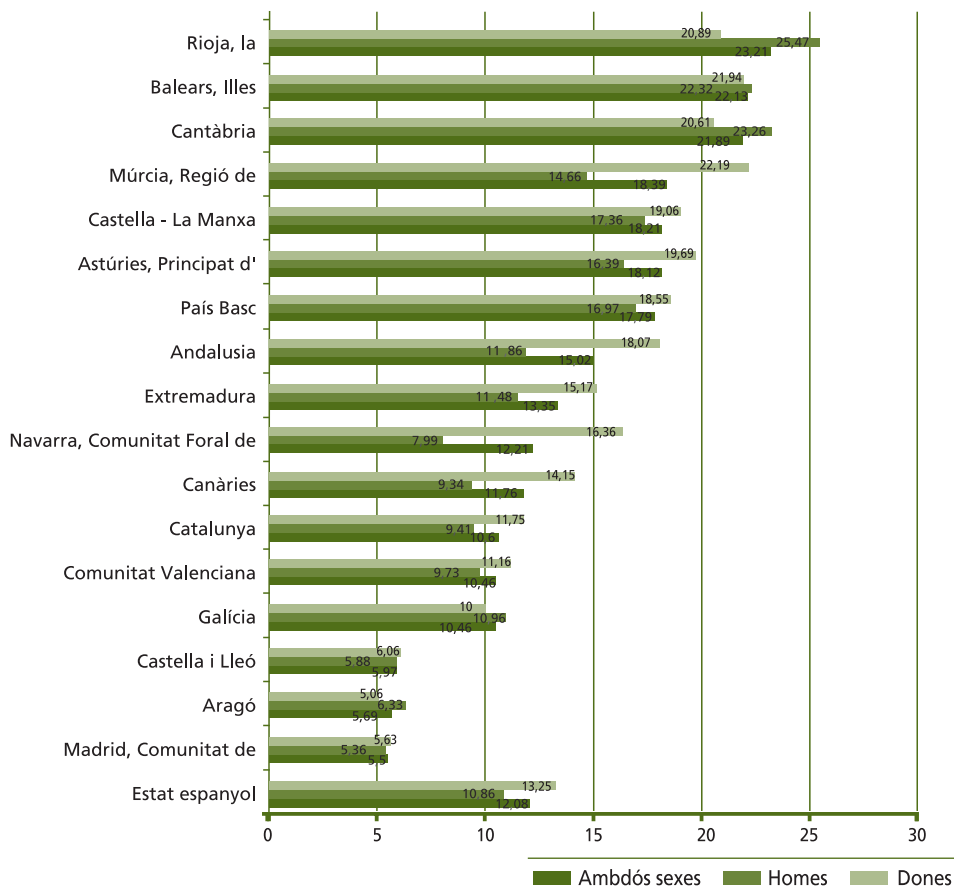
Pel que fa a la relació que s'estableix entre activitat física i edat, podem esmentar que:

- L'activitat física canvia significativament amb l'edat. Les dades ens mostren canvis molt significatius quant a la intensitat de l'activitat física realitzada a mesura que puja l'edat dels



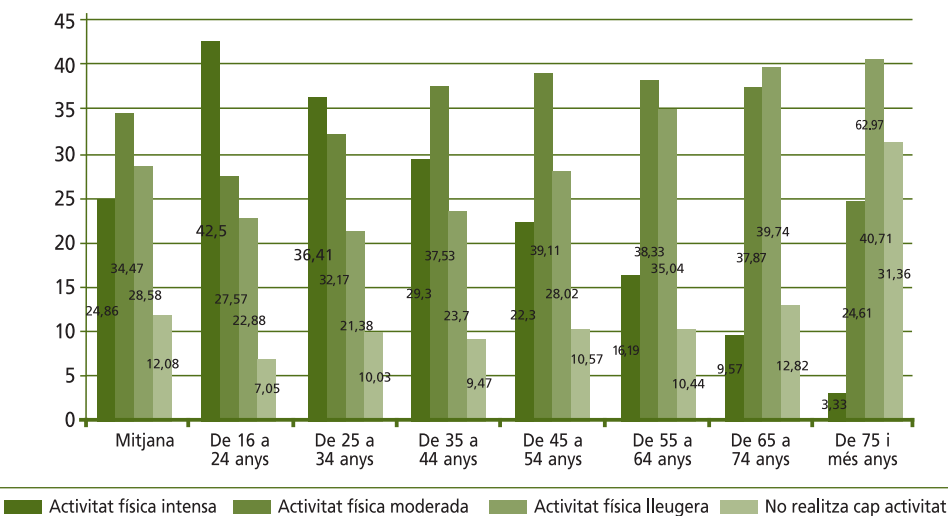
enquestats. Els canvis més significatius es produeixen en l'activitat física intensa. Aquest és el tipus d'activitat física més freqüent entre els 16 i els 34 anys però experimenta un progressiu decreixement fins assolir un mínim entre la població de 75 i més anys del 3,33%. Si considerem com a activitat física adequada, aquella activitat inclosa en les classificacions d'activitat intensa i moderada, en podem analitzar l'evolució amb la variable de l'edat. Així, tot referint-nos a les dades de l'Estat espanyol per a ambdós sexes, el grup dels 16-24 anys presenta un activitat adequada superior al 70%. L'activitat adequada es mantindrà per sobre del 60% fins el grup dels 45-54 anys, a partir del qual es produeix un descens de 7 punts percentuals per dècada fins assolir en el grup de 75 i més anys els seus valors percentuals més baixos (27,44%).

**Gràfic 22** | *Percentatge de persones que no realitzen cap tipus d'activitat física per sexe i per CA. 2009*



\* Les CA es presenten ordenades de major a menor percentatge d'inactivitat d'ambdós sexes.  
Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

**Gràfic 23** | *Activitat física per grup d'edat. Ambdós sexes. Estat espanyol. 2009*



Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

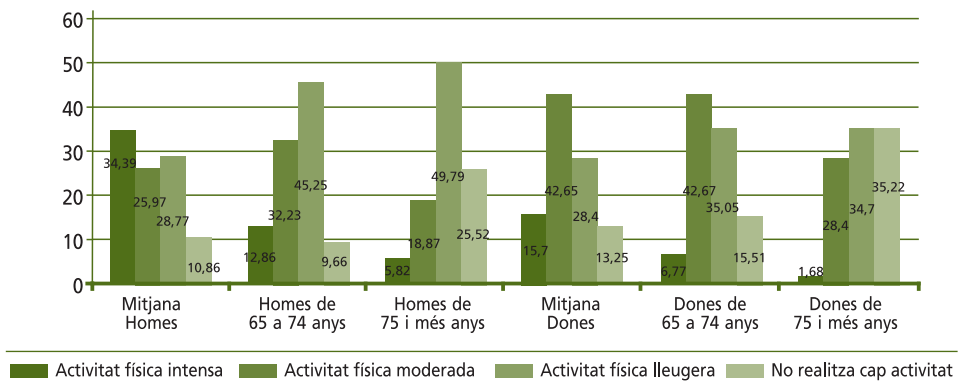
- El gràfic 23 ens permet visualitzar els canvis de l'activitat amb l'edat. L'activitat física intensa (la més freqüent en les dues primeres categories etàries) perd protagonisme mentre puja el percentatge de l'activitat física moderada, que manté una prevalença destacable fins que baixa significativament a partir dels 75 anys. L'activitat física lleugera assoleix progressiva importància a mesura que puja l'edat fins arribar, en el grup dels 65-74 anys, a convertir-se en la principal modalitat d'activitat física realitzada per la població i assolir un especial protagonisme a partir dels 75 anys. La manca d'activitat presenta un cert comportament estable al llarg de tota la piràmide etària i això significa que hi ha una part considerable de la població (entorn al 10%) que és molt sedentària i no du a terme cap activitat física. A partir dels 75 anys s'incrementa la inactivitat entre la població, sens dubte fruit del deteriorament físic i la impossibilitat de realitzar activitats físiques més que per la manca de voluntat de portar-les a terme.

Pel que fa a la relació entre l'activitat física, el sexe i l'edat, especialment pel que fa a la població de 65 i més anys, podem realitzar les afirmacions següents:

- Els homes presenten unes taxes d'activitat física adequada (suma de l'activitat física intensa i modera) més elevades en els grups d'edat més joves, bàsicament derivades del fet de les elevades taxes d'activitat intensa que presenten. Així, en el grup dels 16-24 anys aquest indicador és gairebé 18 punts percentuals superior al que presenten les dones.

A partir dels 25 anys les taxes d'activitat física adequada masculina baixen fins que en el grup dels 35-44 anys, homes i dones presenten un nivell similar d'activitat adequada (67,22% i 66,4%, respectivament). Des dels 45 anys tots els percentatges d'activitat adequada per grup d'edat seran superiors en les dones que en els homes. Ambdós sexes, tot i amb això, experimenten l'evolució general que hem expressat en analitzar l'activitat per edat i que determina la substitució amb l'edat de les activitats més intenses per altres més moderades i lleugeres i, en darrer terme, per l'increment de la inactivitat.

**Gràfic 24** | *Activitat física en els grups de població de 65 i més anys per sexe. Estat espanyol. 2009*

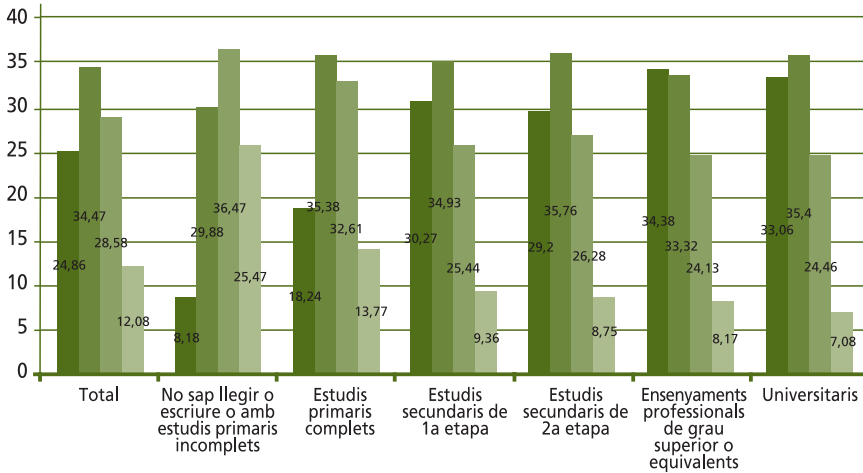


Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

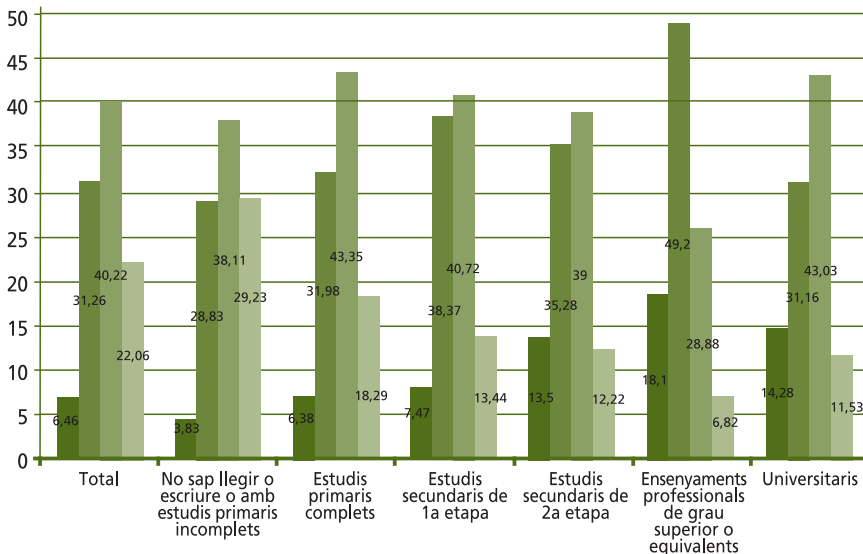
- Les dades d'activitat física intensa en el grups de més edat són clarament més elevades en els homes, tot seguint el model general descrit pel conjunt de la societat. És lògic que si algú no ha realitzat cap activitat física intensa al llarg de la seva vida no la iniciï quan les seves facultats físiques han entrat en declivi, com també és lògic que si una persona n'ha realitzat al llarg de la seva vida intenti mantenir-la mentre sigui possible. Així, un 12,86% dels homes de 65-74 anys i un 5,82% dels de 75 i més anys realitzen activitat física intensa, front a un 6,77 i 1,68%, respectivament, de dones que en realitzen.
- Les dades de nul·la activitat física són especialment elevades entre les dones de més edat. En el grup de 65-74 anys un 15,51% de les dones se situen dins aquesta categoria front a un 9,66% dels homes. Aquest percentatge es duplica en l'interval següent (75 i més anys) i un 35,22% de les dones enquestades i un 25,52% dels homes no realitzen cap activitat física.
- Les dades palesen que hi ha una certa polarització pel que fa a l'activitat física de les dones de més edat: d'una banda un percentatge elevat presenta inactivitat, mentre un percentatge prou significatiu manté una activitat física adequada, sobretot en forma

d'activitat moderada, que és 10 punts percentuals superior a la dels homes tant en el grup dels 65 i 74 anys com en el de 75 i més.

**Gràfic 25 a** | *Estudis de la població i activitat física realitzada. Ambdós sexes. Tots els grups d'edat i població de 65 i més anys. Estat espanyol. 2009. Tots els grups d'edat*



**Gràfic 25 b** | *Població de 65 i més anys*



■ Activitat física intensa ■ Activitat física moderada ■ Activitat física lleugera ■ No realitza cap activitat

Font: INE. Enquesta Europea de Salut, 2009

Pel que fa al nivell d'estudis de la població enquestada i la relació amb l'activitat podem dir que:

- Sembla que hi ha certa correlació entre en els nivells de formació assolits i la realització d'activitat física intensiva i una certa correlació inversa quant a la manca d'activitat. Una major inversió en salut i la major disponibilitat de temps i recursos econòmics per realitzar esport en les classes de nivell socioeconòmic més elevades en podrien explicar aquestes diferències.
- La relació amb l'activitat física del grup de 65 i més anys segons els estudis assolits, mostra també una certa correlació entre les variables considerades. Tot i amb això, la millor relació amb l'activitat física la trobem en el grup dels qui han completat ensenyaments professionals de grau superior o equivalents en què s'assoleixen els màxims percentatges d'activitat intensiva i moderada i el mínim de manca d'activitat.

## Referències bibliogràfiques

Observatori Social de les Illes Balers: “La bretxa de gènere en la salut i estil de vida”. Butlletí informatiu núm. 6. Maig, 2011-08-15. [www.uib.es/gi/osib](http://www.uib.es/gi/osib)

“Mujeres y Hombres – 2011”. Institut Nacional d’Estadística (INE). Madrid, 2010. ISSN – 1887 – 8946. [www.ine.es](http://www.ine.es)

Indicadors demogràfics bàsics. Taules de mortalitat. INE Base. Institut Nacional d’Estadística (INE).. [www.ine.es](http://www.ine.es)

Enquesta de discapacitats, autonomia personal i situacions de dependència. 2008. INE Base. Institut Nacional d’Estadística.. [www.ine.es](http://www.ine.es)

Enquesta Nacional de Salut (2003 i 2006). INE Base. Institut Nacional d’Estadística.. [www.ine.es](http://www.ine.es)

Enquesta de Salut de les Illes Balears (2007). IBESTAT – Institut d’Estadística de les Illes Balears. [lbestat.caib.es](http://lbestat.caib.es)

Enquesta Europea de Salut (2009). INE Base. Institut Nacional d’Estadística.. [www.ine.es](http://www.ine.es)

## Autor

### FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

(Maó, 1965). Geògraf. Cap de la Secció de Cartografia de la Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient i Ordenació del Territori. Ha treballat en l'organisme estadístic autonòmic, especialitzant-se en les estadístiques socials i demogràfiques (Els incendis a les Illes Balears, Estadístiques dels menors infractors, els noms dels nadons...). Des de 1990 és professor de Geografia dels cursos de Reciclatge lingüístic i cultural per a docents (ICE-UIB). Ha col·laborat en la planificació d'equipaments hospitalaris públics per a l'IB-Salut i en diversos estudis autonòmics (PERI del Terreno, Avaluació de les necessitats assistencials derivades de la reforma de la Llei del Menor, Estudi de la Joventut de les illes Balears...). Coautor, diversos anys, del capítol de sanitat de l'Informe Econòmic i Social de Sa nostra i del Capítol de demografia i llar del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. Ha publicat diversos llibres, com ara, "L'epidèmia de grip de l'any 1918 a illes Balears" (1991) i "Geografia de les illes Balears" (1997) i articles en revistes científiques sobre demografia de les illes Balears. Ha participat, així mateix, en obres col·lectives com la Gran Enciclopèdia de Mallorca i l'Atlas de les Illes Balears. L'any passat va publicar en l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears 2010, l'article "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" (pàgines 17-74).

**ATENCIÓ A LES PERSONES  
EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA AL  
MUNICIPI DE PALMA**

---



## **Atenció a les persones en situació de dependència al municipi de Palma**

Catalina Juan Garau

---

## Resum

El progressiu envelliment de la població, l'augment del nombre de persones més grans de vuitanta anys i el canvi de model en l'estructura familiar a partir de la incorporació de la dona al món laboral, així com el desenvolupament de l'estat de benestar, han incidit en l'atenció a les persones en situació de dependència.

L'atenció a les persones en situació de dependència ha evolucionat en dos sentits: un que se centra en el manteniment de l'autonomia personal i en la permanència de les persones en el seu entorn habitual de vida i un altre que fa èmfasi en l'atenció a la dependència.

La legislació ha reconegut per primera vegada els drets de les persones en situació de dependència i llurs famílies. En aquest context sociodemogràfic i legislatiu, s'emmarca l'atenció a les persones en situació de dependència al municipi de Palma.

L'anàlisi demogràfica de la població ens permet parlar d'una societat madura amb tendència a l'envelliment. La seva distribució poblacional, tenint en compte la divisió territorial dels serveis socials, ens indica quins són els sectors més envellits i les seves característiques poblacionals.

Les estimacions de dependència posen de manifest la correlació entre la població amb un índex d'envelliment elevat i l'alt nombre de persones en situació de dependència.

En funció dels criteris definits, podem establir la demanda potencial, les necessitats d'atenció, i analitzar l'atenció que s'ofereix a les persones en situació de dependència al municipi de Palma.

L'atenció ha evolucionat en dos sentits, com ja s'ha dit anteriorment; la Llei 39/2006, de 14 de desembre de 2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAAD) estableix una doble vessant en les actuacions envers la dependència: tots els serveis que tenen un caràcter preventiu i de manteniment de l'autonomia personal —serveis de promoció de l'autonomia personal, serveis domiciliaris, serveis comunitaris bàsics, servei d'integració per a les persones en situació de discapacitat— i els serveis d'atenció a la dependència amb caràcter més assistencial —serveis domiciliaris, centres de dia, residències.

La xarxa municipal d'atenció a les persones en situació de dependència ha incrementat els seus recursos tant pel que fa a prestacions com a serveis. El repte resideix en l'optimització de recursos i en la coordinació entre les diferents administracions i entitats que ofereixen serveis a les persones en situació de dependència.

## Resumen

El progresivo envejecimiento de la población, el aumento de personas mayores de ochenta años y el cambio de modelo en la estructura familiar a partir de la incorporación de la mujer al mundo laboral, así como el desarrollo del estado de bienestar, han incidido en la atención a las personas en situación de dependencia.

La atención a las personas en situación de dependencia ha evolucionado en dos sentidos: uno que se centra en el mantenimiento de la autonomía personal y en la permanencia de las personas en su entorno habitual de vida y otro que se centra en la atención a la dependencia.

La legislación ha reconocido por primera vez los derechos de las personas en situación de dependencia y sus familias. En este contexto sociodemográfico y legislativo, se enmarca la atención a las personas en situación de dependencia en el municipio de Palma.

El análisis demográfico de la población nos permite hablar de una sociedad madura con tendencia al envejecimiento. Su distribución poblacional, teniendo en cuenta la división territorial de servicios sociales, nos indica cuáles son los sectores más envejecidos y sus características poblacionales.

Las estimaciones de dependencia ponen de manifiesto la correlación entre población con un índice de envejecimiento elevado y el alto número de personas en situación de dependencia.

En función de los criterios definidos, podemos establecer la demanda potencial, las necesidades de atención y analizar la atención que se ofrece a las personas en situación de dependencia en el municipio de Palma.

La atención ha evolucionado en dos sentidos, como se ha dicho anteriormente, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAAD) establece una doble vertiente en las actuaciones relativas a la dependencia: servicios con un carácter preventivo y de mantenimiento de la autonomía personal —servicios de promoción de la autonomía personal, servicios domiciliarios, servicios comunitarios básicos, servicio de integración para las personas en situación de discapacidad— y servicios de atención a la dependencia —servicios domiciliarios, centros de día, residencias.

La red municipal de atención a las personas en situación de dependencia ha incrementado sus recursos tanto en relación con las prestaciones como con los servicios. El reto reside en la optimización de recursos y en la coordinación entre las diferentes administraciones y entidades que ofrecen servicios a las personas en situación de dependencia.

---

## 1. Introducció

L'atenció a les persones en situació de dependència al municipi de Palma no pot analitzar-se sense tenir en compte diferents aspectes: el marc legislatiu, la realitat sociodemogràfica, el catàleg de prestacions i serveis i les projeccions de futur pel que fa tant a l'evolució de la piràmide de població com a les necessitats i els recursos disponibles.

Al llarg del segle XX l'esperança de vida es va incrementar de manera notable. A principis de segle era inferior als quaranta anys mentre que a la darrereria era gairebé de vuitanta anys. Cal destacar que aquest augment ha estat més important en les dones que en els homes.

En relació amb l'evolució demogràfica, Espanya se situa en el sisè lloc mundial de països amb una proporció més elevada de persones de més de seixanta anys. L'augment del nombre de persones més grans de vuitanta anys és molt important; es considera que la població d'aquesta edat es doblarà en els pròxims vint anys.

Aquest augment de les persones grans fa que s'incrementin les necessitats de recursos socials, d'atenció mèdica, d'altres dispositius que s'adaptin a les seves necessitats, etc. i, en conseqüència, implica un important impacte social i econòmic.

En comparació amb la població adulta, les persones grans pateixen més problemes de salut i presenten majors dificultats d'autonomia. A més, aquesta situació s'agreuja amb l'edat.

Paral·lelament a l'evolució demogràfica del segle XX, s'han desenvolupat conceptes com el de qualitat de vida. Aquest concepte ha tingut dos enfocaments: un de positiu, que se centra en el manteniment de la independència, l'autonomia, l'activitat social, el creixement, el control sobre la vida, l'adaptabilitat, l'autoestima i la satisfacció amb la vida, i un de negatiu, que assumeix com a norma que es tracta d'una etapa de declivi global i que fa èmfasi en les necessitats de cura de les persones grans dependents.

D'aquesta manera, l'atenció social ha evolucionat en ambdues direccions: una enfocada al manteniment de l'autonomia personal i a la permanència de les persones en el seu entorn habitual de vida, i l'altra adreçada a l'atenció de les situacions de dependència.

El desenvolupament legislatiu en aquesta matèria i la xarxa de recursos pel que fa a l'atenció a la dependència tenen com a objectiu assegurar la qualitat de vida de les persones que es troben en aquesta situació i dels seus curadors.

Així doncs, partint de la legislació que emmarca les nostres actuacions, analitzarem la realitat del nostre municipi i els recursos que es dediquen a l'atenció de les persones en situació de dependència.

## 2. Marc legislatiu

El marc legislatiu aplicable a l'àmbit municipal, pel que fa a l'atenció a les persones en situació de dificultat o risc social, comprèn: la legislació estatal general i autonòmica, i la normativa local.

No pretenem fer una anàlisi exhaustiva de la legislació que ens afecta, atès l'ampli marc jurídic de les administracions locals i la Llei 23/2006, de capitalitat de Palma de Mallorca, que afecta exclusivament l'Ajuntament de Palma. Tot i així, farem esment de dues lleis recents i fonamentals de l'àmbit dels serveis socials que emmarquen les nostres actuacions.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAAD) reconeix per primera vegada aquest dret dels ciutadans. Aquesta llei té com a objecte regular les condicions bàsiques que garanteixen la igualtat en l'exercici del dret subjectiu de la ciutadania a la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència, amb la col·laboració i la participació de totes les administracions públiques.

La col·laboració dels serveis socials i sanitaris en l'atenció a les persones en situació de dependència constitueix un dels principis de la Llei. El sistema per a l'autonomia i l'atenció a la dependència ha de respondre a una acció coordinada i cooperativa de l'Administració general de l'Estat i les comunitats autònomes, amb la participació de les entitats locals. Les prestacions i els serveis establerts en aquesta llei s'integren a la xarxa de serveis socials de les comunitats autònomes. La Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears (LSSIB) va substituir la Llei 9/1987, d'11 de febrer, d'acció social de les Illes Balears.

La Llei 4/2009 assenjala que «els municipis, com a entitats locals bàsiques de l'organització territorial, són instruments fonamentals en les polítiques de serveis socials per la seva proximitat a la ciutadania». El títol III, del règim competencial i organitzatiu, s'ocupa de les competències de les administracions públiques i defineix el sistema de serveis socials i la xarxa pública d'atenció. Assenjala que els serveis socials s'han de coordinar amb tots els sistemes implicats en la qualitat de vida dels ciutadans.

Pel que fa a la classificació dels serveis socials, els comunitaris bàsics tenen un caràcter universal, obert i polivalent. Són el canal d'accés al sistema de serveis socials i en garanteixen la universalitat i la proximitat a les persones usuàries i als àmbits familiar i social. Corresponen als serveis socials comunitaris les funcions següents:

- Detectar les situacions de risc i de necessitat personal, familiar i comunitària en llur àmbit territorial.

- Valorar les situacions de necessitat i fer-ne el diagnòstic social, des d'una perspectiva interdisciplinària.
- Oferir informació, orientació i assessorament.
- Elaborar un pla d'intervenció comunitària que doni resposta a les necessitats detectades i avaluar-lo periòdicament.
- Emprendre actuacions preventives, el tractament social i les intervencions necessàries en situacions de necessitat social.
- Intervenir en el nucli familiar o de convivència en situació de necessitat.
- Proposar i establir el programa individual d'atenció a la dependència i de promoció de l'autonomia personal.
- Revisar el programa d'atenció a la dependència i de promoció de l'autonomia personal quan correspongui.
- Donar serveis d'ajuda a domicili, teleassistència i suport a la unitat familiar o de convivència, en coordinació amb els serveis sanitaris a domicili.
- Orientar l'accés als serveis socials especialitzats, sobretot els d'atenció diürna, tecnològica i residencial.
- Coordinar-se amb els serveis socials especialitzats.

Els serveis socials comunitaris específics, sense perjudici de la seva orientació polivalent i comunitària, oberta a tota la població del seu àmbit territorial, han de desenvolupar programes i gestionar centres orientats a col·lectius amb problemàtiques identificades i singulars, procurar-ne la normalització i la reincorporació social o actuar com a espai de trànsit a un servei especialitzat.

Correspon als municipis crear, organitzar i gestionar els serveis socials que es considerin necessaris per al seu àmbit, tant propis com delegats per altres administracions, d'acord amb la cartera de serveis socials i el corresponent pla estratègic; estudiar i detectar les necessitats en el seu àmbit territorial; establir centres i serveis que constitueixen l'àmbit propi dels serveis socials comunitaris; aprovar la cartera de serveis municipals; definir les zones bàsiques i les àrees en el seu àmbit municipal; concertar la gestió de serveis socials en el seu àmbit territorial, amb entitats públiques o privades d'acord amb la normativa vigent i les seves disposicions de desenvolupament; fomentar, en el seu àmbit territorial, la coordinació amb altres sistemes de protecció social i la integració dels serveis socials; exercir les funcions que els deleguin el Govern de les Illes Balears o el corresponent consell insular en les condicions que s'acordin en un conveni amb aquesta finalitat, i mantenir actualitzats els sistemes informatius de les persones usuàries de serveis socials comunitaris. A més de les funcions que es detallen, al municipi de Palma també s'hi aplica la Llei 23/2006, de 20 de desembre, de capitalitat de Palma de Mallorca.

L'organització territorial dels serveis socials s'estableix en el pla estratègic de serveis socials, que aprova el Govern de les Illes Balears, els plans estratègics insulars i els plans municipals.

El sistema informatiu de serveis socials garanteix la disponibilitat de la informació relativa a totes les prestacions i a les carteres de serveis socials. El sistema integra totes les dades relatives a l'atenció social de les persones usuàries del sistema públic de serveis socials, amb els objectius d'evitar duplicitats i millorar l'atenció a les persones destinatàries dels serveis socials.

### 3. Anàlisi de la situació de la dependència

#### 3.1. Dades sociodemogràfiques

Segons l'informe *Las personas mayores en España* (IMSERSO 2008), en el darrer padró, la xifra de població d'Espanya continua augmentant. Actualment el nombre «de persones grans s'ha multiplicat per vuit respecte del 1900. Aquest augment del grup poblacional de persones grans en termes absoluts i a un ritme sostingut es reflecteix en un canvi qualitatiu en l'estructura per edats del nostre país». Al mateix informe es mostra una projecció demogràfica, en la qual podem observar un increment de l'envelliment que duplicarà l'actual. Segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística (IMSERSO 2008) per al 2060 es preveu una població de 15.679.878 persones més grans de 65 anys. «El panorama demogràfic futur presenta una societat envellida en la qual gairebé un terç de la població seran persones grans.»

Els països que destaquen en percentatges més elevats de població octogenària són Itàlia, el Japó i Alemanya. Espanya se situarà en el quart lloc el 2050. Com ens indica Carretero (2009), segons el darrer padró, la població de les Illes Balears de 65 anys i més es va incrementar en 150.177 persones (13,7%).

Els darrers vuit anys la població de Palma ha sofert un increment d'un 11,06%. Per sectors de serveis socials, els increments més alts corresponen a Litoral (22,96%), Est (15,51%) i Llevant Nord (11,95%). Aquests increments responen a l'important contingent d'immigrants que arribaren a les Illes Balears en el darrer quinquenni, atrets per la bonança econòmica dels anys anteriors al 2008. Cal destacar que el darrer any, segurament a causa de la crisi econòmica, la població de Palma ha minvat un 1,08%, llevat dels sectors de Mestral i Litoral de Llevant, on s'ha mantingut un lleuger increment. El decrement correspon al grup de persones nascudes fora de les Illes Balears.

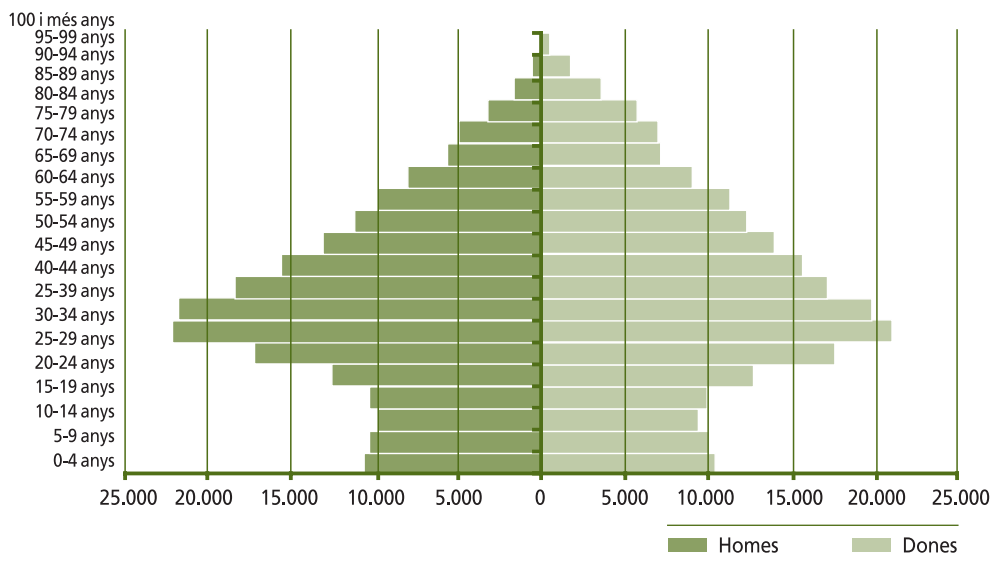
Amb el nou contingent poblacional, la piràmide de la ciutat de Palma s'ha mantingut en una estructura poblacional madura, atès que els col·lectius en què ha augmentat la població de les Illes Balears corresponen, principalment, a persones amb edat laboral, de 16 a 65 anys. El municipi de Palma és, per tant, un territori de persones adultes. Tot i així, cal apuntar que s'hi observa una tendència a l'envelliment.

**Taula 1** | *Evolució de la població de Palma per sector de serveis socials. Padró municipal a 1 de gener de 2011*

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>PALMA</b>	<b>379.898</b>	<b>390.393</b>	<b>400.872</b>	<b>404.335</b>	<b>413.781</b>	<b>421.585</b>	<b>426.526</b>	<b>421.900</b>
Ciutat Antiga	24.694	24.980	25.252	25.309	25.579	25.838	26.054	25.630
Est	37.504	39.089	40.562	41.041	42.344	43.418	43.816	43.321
Estacions	54.519	55.791	56.313	56.192	56.963	57.702	58.399	57.523
Litoral de Llevant	44.458	46.361	48.563	49.591	51.634	53.091	54.273	54.664
Llevant Nord	46.059	47.247	48.335	49.260	50.429	51.529	52.352	51.579
Llevant Sud	32.864	33.226	33.892	34.002	34.864	35.509	35.706	35.000
Mestral	58.767	60.576	62.270	62.566	63.706	64.643	65.086	64.538
Nord	30.614	31.460	32.640	32.695	33.708	34.280	34.512	34.025
Ponent	50.419	51.663	53.045	53.679	54.554	55.575	56.328	55.620

Font: Elaborat per l'Observatori Municipal de la Igualtat a partir de dades del Padró municipal de l'Ajuntament de Palma

**Gràfic 1** | *Població de Palma per grups d'edat i sexe. Padró municipal 2011*



Font: Elaborat per l'Observatori Municipal de la Igualtat a partir de dades del Padró municipal de l'Ajuntament de Palma

El padró municipal de 2011 ens indica que la població total de la ciutat de Palma és de 421.900 habitants. El 49,24% de la població són homes i el 50,76% dones. A mesura que s'incrementa l'edat es produeix una progressiva feminització de la població. Així, les dones



representen el 48,99% de la població de 0 a 15 anys i el 58,57% de la població més gran de 65 anys.

**Taula 2 | Població de Palma per grups d'edat i sexe**

	Total	Homes	Dones
<b>Total</b>	<b>421.900</b>	<b>207.737</b>	<b>214.163</b>
De 0 a 15	60.905	31.067	29.838
De 16 a 64	302.520	152.444	150.076
De 65 a 79	41.489	18.652	22.837
Més de 80	16.986	5.574	11.412

Font: Elaborat per l'Observatori Municipal de la Igualtat a partir de dades del Padró municipal de l'Ajuntament de Palma

Per grups d'edat, la població de 0 a 15 anys representa el 14,44%, el 51% del qual són nins i el 49% nines. En aquest grup, juntament amb el de 16 a 64 anys, s'hi manté una pauta de feminitat negativa. La població activa, de 16 a 64 anys, representa el 71,70% de la població i és el grup en què hi ha més paritat de gènere: el 50,39% són homes i el 49,61% dones. Les persones més grans de 65 anys són el 13,86% del total de la població, amb una clara superioritat de les dones (58,57%) sobre els homes (41,43%). La proporció de la població femenina augmenta a mesura que avança l'edat, fins a arribar al 67,18% de la població de més de 80 anys.

La distribució poblacional de la ciutat, tenint en compte els sectors de serveis socials, és similar a la mitjana de la ciutat. La feminització de la població per col·lectius de persones més grans de 65 anys és comuna a tots els sectors. El pes ponderat dels grups d'edat estableix diferències entre sectors que tenen població més envellida (Ciutat Antiga, Estacions, Nord i Llevant Sud) i sectors amb població més jove (Est, Litoral i Mestral).

La distribució sectorial de la població més gran de 65 anys és la següent:

**Taula 3 | Població de Palma major de 65 anys per centres de serveis socials**

	Total	Homes	Dones
Ciutat Antiga	3.915	15,28%	129
Est	5.227	12,07%	66
Estacions	8.627	15,00%	110
Litoral	7.252	13,27%	85
Llevant Nord	7.093	13,75%	86
Llevant Sud	5.198	14,85%	96
Mestral	8.744	13,55%	81
Nord	4.789	14,07%	88
Ponent	7.628	13,71%	102
<b>PALMA</b>	<b>58.475</b>	<b>13,86%</b>	<b>90</b>

Aquestes diferències territorials són un factor important per comprendre les necessitats de la població de persones grans. Podríem afirmar que la població de 65 anys i més es distribueix de manera desigual pel territori de Palma. A grans trets, l'índex d'envelliment més elevat correspon als sectors més antics i els sectors perifèrics solen tenir índexs d'envelliment inferiors, ja que són de formació urbanística més recent.

Pel que fa a la nacionalitat de la població de Palma, en xifres absolutes parlem de 107.969 persones nascudes fora d'Espanya, 75.166 de les quals en països extracomunitaris.

El col·lectiu nascut a l'estranger és divers: a la ciutat hi conviuen persones nascudes a 177 països. Les persones nascudes a l'Amèrica Llatina representen el 47,3%; les nascudes en països comunitaris, el 30,40%, i les nascudes a països africans, el 12%.

**Taula 4** | *Població de Palma segons lloc de naixement i sexe. Padró municipal 2011*

	Total	Homes	Dones
<b>Total</b>	<b>421.900</b>	<b>207.737</b>	<b>214.163</b>
Nascuda a Espanya	313.931	153.804	160.127
Nascuda a Palma	185.861	92.596	93.265
Nascuda a la resta de les Illes Balears	27.090	11.935	15.155
Nascuda a una altra CA	100.980	49.273	51.707
Nascuda a l'estranger	107.969	53.933	54.036
Nascuda a la UE-27	32.803	15.723	17.080
Nascuda en un país extracomunitari	75.166	38.210	36.956
Resta d'Europa	3.233	1.331	1.902
Amèrica del Nord	722	354	368
Amèrica Llatina	51.029	23.580	27.449
Àsia	6.332	3.672	2.660
Àfrica	13.665	9.183	4.482
Altres	185	90	95

*Font: Elaborat per l'Observatori Municipal de la Igualtat a partir de dades del Padró municipal de l'Ajuntament de Palma*

La distribució territorial per barris d'immigrants extracomunitaris presenta percentatges elevats als sectors de Llevant Nord (Son Gotleu, Pere Garau), Llevant Sud (la Soledat, Foners), Litoral (l'Arenal), Ponent (Cala Major, el Terreno) i Estacions (Arxiduc, Marquès de la Font Santa).

Un 5% de les persones més grans de 65 anys és de procedència estrangera. D'aquestes, un 76% té entre 65 i 79 anys, el 20% té de 80 a 89 anys i un 3,6% té més de 90 anys.

En relació amb la composició familiar, cal destacar que a la ciutat les unitats de convivència unipersonals representen el 31,96% del total d'unitats de convivència i en són el tipus

majoritari. Aquesta tipus d'unitat de convivència correspon a joves independitzats i a persones grans que viuen soles.

S'observa que de 315.464 unitats de convivència, 43.106 són unipersonals amb persones més grans de 65 anys (13,66%). Els sectors amb un nombre més alt d'unitats unifamiliars de persones grans són Ciutat Antiga i Ponent. A mesura que avança l'edat, augmenta la probabilitat de viure en soledat.

Aquestes dades, vinculades a l'estructura poblacional de cadascun dels sectors, evidencien les situacions de soledat d'un important nombre de persones grans a Ciutat Antiga i Ponent. S'estima que la taxa de soledat, percentatge de persones grans que viuen soles respecte del total de població més gran de 65 anys, és del 26%. A Ciutat Antiga i Ponent les taxes són superiors al 30%. Cal destacar que aquesta situació augmenta a mesura que la població es va fent més gran. La categoria més freqüent de soledat és la de dones més grans de 85 anys.

D'altra banda, les unitats de convivència més nombroses són les dels sectors de població més jove i madura: Est, Litoral, Llevant Nord i Mestral. Cal destacar la importància de les unitats de convivència de cinc membres i més a Llevant Nord, que podrien ser representatives de grups de convivència sense relació familiar.

En relació amb el nivell d'estudis, la població més gran de 65 anys ha tingut un accés limitat al món educatiu. Segons dades de 2009, un 33% no té estudis i un 30% té estudis primaris.

L'actual situació econòmica afavoreix que el col·lectiu de persones grans, perceptor de pensions com a font d'ingressos, es trobi en una situació de vulnerabilitat.

### **3.2. Projectió de la població dependent de Palma**

La dependència pot aparèixer en qualsevol moment de la vida. Tot i així, la major incidència de situacions de dependència es dona als grups de persones més grans de seixanta-cinc anys, especialment a partir dels vuitanta anys.

En les classificacions s'estableixen tres graus de dependència:

- Dependència moderada. La persona necessita ajuda per fer una o més activitats de la vida diària, almenys un cop al dia.
- Dependència severa. La persona necessita ajuda per fer diverses activitats de la vida diària dos o tres cops al dia. No necessita la presència constant d'un cuidador.
- Gran dependència. La persona necessita ajuda diversos cops al dia i la presència indispensable d'un cuidador.

Segons les fonts consultades (EDDES 99, Fundació BBVA, *Llibre blanc de la dependència*) la població més gran de 65 anys que pateix algun tipus de dependència és d'un 11% per a la franja d'edat de 65 a 80 anys i d'un 45% per a les persones més grans de 80 anys. La població menor de 65 anys en situació de dependència es calcula que és d'aproximadament el 0,85% del total de població.

L'evolució futura de la població dependent estarà determinada pel procés d'envelliment demogràfic. Aquest procés està condicionat per l'estructura de la població, la qual, tal com hem assenyalat en l'anterior apartat, pot ser modificada per moviments migratoris o altres dinàmiques poblacionals que alterin la dinàmica lineal.

L'estimació de la incidència de les situacions de dependència a la ciutat de Palma, seguint els criteris consultats, és la següent:

**Taula 5** | *Població de Palma, estimació de la incidència de situacions de dependència en funció de la distribució territorial de serveis socials*

Sector	Població	Dependència
Ciutat Antiga	25.630	1.096
Est	43.321	1.463
Estacions	57.523	2.415
Litoral	54.664	2.030
Llevant Nord	51.579	1.986
Llevant Sud	35.000	1.455
Mestral	64.538	2.448
Nord	34.025	1.340
Ponent	55.620	2.135
<b>PALMA</b>	<b>421.900</b>	<b>16.368</b>

Els tres sectors amb població més jove són Est, Litoral i Mestral, i són els que tenen menys percentatge de població en situació de dependència. Per contra, els més envellits en presenten percentatges més elevats, i són Ciutat Antiga i Estacions.

Les estimacions de dependència posen de manifest la correlació entre població amb un índex d'envelliment elevat i un nombre elevat de persones en situació de dependència. L'estimació de la dependència de persones a partir de vuitanta anys s'acosta al 50% de la població d'aquesta franja d'edat.

Les dades publicades a l'Estat en relació amb les Illes Balears sobre la distribució de les persones en situació de dependència per grau i nivell són les següents:

**Taula 6** | *Distribució de les persones en situació de dependència a les Illes Balears*

Grau	Població de les Illes Balears	Percentatge
Grau I nivell 1	1.732	9,43%
Grau I nivell 2	1.998	10,88%
Grau II nivell 1	3.166	17,23%
Grau II nivell 2	2.658	14,47%
Grau III nivell 1	4.660	25,36%
Grau III nivell 2	2.823	15,37%
Sense grau	1.335	7,27%
<b>TOTAL</b>	<b>18.372</b>	<b>100%</b>

L'anàlisi que fa l'IMSERSO del perfil dels beneficiaris ens mostra que el 65,38% són dones i el 34,62% homes. Pel que fa als trams d'edat, la població entre 65 i 80 anys representa el 21,75% i la més gran de 80 anys, el 55,14%.

A la ciutat de Palma podríem plantejar que hi ha una coincidència de perfils, ja que segueixen la mateixa tendència. Per tant, les situacions de dependència se concentrarien en els sectors més envellits, seguint la distribució per edat i sexe esmentada.

Segons la memòria de la Fundació Balear per la Dependència, el 2010 se n'han resolt 5.195 casos amb uns graus i uns nivells que tenen dret a prestació. L'atenció a la dependència al municipi de Palma representa el 49% de l'atenció que es dóna a aquest col·lectiu a les Illes Balears.

## 4. Estimació de la demanda potencial

### 4.1. Demanda potencial

La demanda potencial d'ajut per dependència és la que hem reflectit a les taules anteriors; representa un 3,88% del total de la població de Palma.

La demanda potencial de les persones grans pel que fa als serveis socials se situa al voltant del 3% de les persones més grans de 65 anys. La incidència de la demanda augmenta, especialment a partir dels 80 anys, al voltant del 20%, coincidint amb les estimacions d'incidència de les situacions de dependència.

La demanda potencial d'ajut de les persones en situació de discapacitat s'estima en un 5% del total de la població.

## 4.2. La dependència

El Consell d'Europa defineix la dependència com «la necessitat d'ajuda o assistència important per a les activitats de la vida diària». De manera més concreta, parla d'un estat en el qual es troben les persones que, per pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual tenen necessitat d'assistència i/o ajuda important per dur a terme activitats de la vida quotidiana, especialment de la cura personal.

Aquesta definició planteja la concurrència de tres factors: la limitació física o intel·lectual de certes capacitats, la incapacitat de la persona per fer tota sola activitats de la vida diària i la necessitat d'ajuda de terceres persones.

La dependència pot aparèixer en qualsevol moment de la vida i afectar qualsevol grup d'edat, tot i que és la població més gran de seixanta-cinc anys, i especialment la més gran de vuitanta, la que presenta el major percentatge de persones en situació de dependència.

La necessitat d'ordenar atenció per a les persones en situació de dependència està lligada als factors següents:

- Augment de l'esperança de vida i l'augment dels col·lectius poblacionals de persones més grans de seixanta-cinc anys.
- Canvis en l'estructura familiar i modificació del rol de les dones en el context de la família.
- Incorporació de la dona al món laboral.
- Envel·liment de les persones cuidadores.

Els canvis en l'estructura poblacional i la incorporació de la societat a l'estat del benestar han propiciat el desenvolupament de l'atenció a la dependència. L'atenció a la dependència afecta una part important del col·lectiu de persones grans i de persones en situació de discapacitat, malgrat que no totes són dependents i, per tant, necessiten diferents tipus d'atenció.

## 4.3. Les persones grans

Les persones grans són les que presenten uns percentatges més elevats de situacions de dependència. El *Llibre blanc de la dependència* parla d'una estimació del 32% del total de la població més gran de 65 anys.

En els anys vuitanta l'atenció a les persones grans en situació de dificultat es modifica en funció de la demanda dels ciutadans. Fins aleshores l'atenció era familiar o tenia un caràcter residencial. A partir d'aquest moment es produeix un increment important de serveis domèstics (ajuda a domicili, menjar a domicili i teleassistència) i de centres de

dia. El conjunt d'aquests serveis pretén mantenir les persones en el seu entorn habitual de vida. La cobertura òptima d'aquests serveis se situa, en la majoria d'informes, a l'entorn del 4% del conjunt de la població.

Així mateix, també s'ha desenvolupat l'atenció adreçada al manteniment de l'autonomia personal, especialment en la darrera dècada, per tal d'evitar l'ocupació innecessària d'un altre tipus de serveis.

La manca de recursos específics pel que fa a tercera edat ha propiciat l'atenció inadequada de les persones usuàries. Situacions que podrien ser de caràcter residencial o que requeririen l'ús d'un centre d'estades diürnes han estat ateses mitjançant serveis domiciliaris. Aquest desajust ha dificultat l'accés d'un cert nombre de persones als serveis corresponents als seus perfils.

Aproximadament un 55% de les persones que poden patir situacions de dependència podrien optar a recursos de caràcter residencial o centres d'estades diürnes.

#### **4.4. Les persones amb discapacitat**

L'atenció a persones amb discapacitat s'orienta cap a l'objectiu que la persona que pateix alguna discapacitat i la seva família puguin gaudir d'una vida tan normalitzada com sigui possible.

Fins a la dècada dels anys vuitanta l'atenció a les persones en situació de discapacitat tenia un caràcter residencial i/o estrictament familiar. La intervenció en el cas de persones en situació de discapacitat ha de tenir un caràcter integrat pel que fa a serveis educatius, sanitaris i socials.

Les línies que cal mantenir i impulsar en relació amb aquest grup de població són:

- accessibilitat i transport públic,
- inserció social i comunitària,
- inserció laboral.

Quant als serveis necessaris, és convenient que es pugui incrementar el nombre de places de residència, habitatges tutelats, centres de dia i serveis ocupacionals. La previsió de creixement del nombre d'aquests serveis els pròxims cinc anys és d'un 20%.

Caldria equilibrar la distribució dels serveis, ja que això milloraria la proximitat dels serveis als usuaris i les seves famílies. El sector Est concentra la major part dels serveis adreçats a persones discapacitades.

## 5. L'atenció a les persones en situació de dependència al municipi de Palma

### 5.1. Persones grans en situació de dependència

Des de la Regidoria de Benestar Social, l'Ajuntament de Palma ofereix a les persones grans diferents tipus de serveis: atenció primària, serveis domiciliaris, serveis de promoció de l'autonomia personal, centres d'estades diürnes i serveis d'atenció a la dependència. Aquests serveis tenen com a missió millorar la qualitat de vida de les persones grans que es troben en situació de vulnerabilitat. Mitjançant els serveis domiciliaris i els de promoció de l'autonomia personal, a més, es pretén facilitar el manteniment de les persones en el seu entorn habitual de vida.

Pel que fa a l'atenció dels serveis socials comunitaris bàsics i els serveis domiciliaris, el nombre de persones ateses, la cobertura sectorial i el percentatge que representen en relació amb el total de població més gran de 65 anys de la ciutat es recullen a la taula següent:

**Taula 7** | *Cobertura dels serveis domiciliaris a persones grans en situació de dependència*

Sector	Població	TD	MD	SAD	Total	Cobertura SD
SD	3.915	99	40	23	162	4,14
Est	5.227	145	68	92	305	5,84
Estacions	8.627	195	109	101	405	4,69
Litoral	7.252	162	86	97	345	4,76
Llevant Nord	7.093	258	105	109	427	6,02
Llevant Sud	5.198	144	71	82	297	5,71
Mestral	8.744	191	82	141	414	4,73
Nord	4.789	103	33	81	217	4,53
Ponent	7.628	151	71	80	302	3,95
<b>PALMA</b>	<b>58.475</b>	<b>1448</b>	<b>665</b>	<b>806</b>	<b>2874</b>	<b>4,91</b>

El nombre de persones grans ateses per part dels centres municipals de serveis socials, representa un 1,15% del total de la població més gran de 65 anys de Palma. Aquest percentatge representa una disminució en l'atenció en aquest sector respecte d'anys anteriors. Aquest fet respondria a l'augment d'atenció dels serveis domiciliaris que, com a mitjana, atenen el 4,91% de la població més gran de 65 anys. Les prestacions domiciliàries donen resposta a les necessitats de les persones grans per tal que puguin mantenir la seva qualitat de vida al seu domicili habitual.



### 5.1.1. Serveis socials comunitaris bàsics

Els centres municipals de serveis socials atenen les demandes socials dels ciutadans del seu territori. Aquests centres intervenen tant en l'àmbit individual familiar com en el comunitari.

De les 25.183 persones ateses als centres municipals el 2010, 1.470 pertanyien al grup de persones més grans de 65 anys, xifra que representa un 5,80% del total de persones ateses.

La distribució per centres municipals de serveis socials és la següent:

**Taula 8** | *Distribució per centres de serveis socials de les demandes de persones majors de 65 anys*

Sector	Població	Total	Cobertura
Ciutat Antiga	3.915	182	4,65
Est	5.227	130	2,49
Estacions	8.627	156	1,80
Litoral	7.252	257	3,54
Llevant Nord	7.093	114	1,61
Llevant Sud	5.198	142	2,73
Mestral	8.744	149	1,70
Nord	4.789	127	2,65
Ponent	7.628	213	2,79
<b>PALMA</b>	<b>58.475</b>	<b>1.470</b>	<b>2,51</b>

Pel que fa a la ciutat, l'índex de cobertura és del 2,51%. La distribució sectorial és molt desigual. Destaca l'índex de Ciutat Antiga, del 4,65%, que correspon al notable envelliment de la seva població i a les situacions de necessitats que presenta. En altres sectors podem valorar que hi ha més atenció pel que fa a serveis domiciliaris, fet que potser resol les necessitats de la població més gran de 64 anys.

Les demandes majoritàries d'aquest grup d'edat són: accés a serveis domiciliaris i específics, ajudes econòmiques i dificultats d'habitatge.

En relació amb el treball comunitari, segons el catàleg de prevenció social es creen sis grups de participació de la gent gran. Els centres que duen a terme aquests projectes són Estacions, Est, Llevant Nord, Nord, Mestral i Ponent.

## 5.1.2. Serveis domiciliaris

### Servei de teleassistència domiciliària

El servei de teleassistència domiciliària assegura la intervenció immediata en crisis personals, socials o mèdiques per proporcionar seguretat i millorar la qualitat de vida. Aquest servei permet entrar en contacte verbal amb un centre d'atenció especialitzada, les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any.

El 2010 els beneficiaris han estat 1.448. Un 83,35% de les persones ateses són dones i un 60,66% són més grans de 79 anys. Gairebé el 20% dels beneficiaris pertanyen al sector de Llevant Nord.

L'any 2010 la cobertura ha estat d'un 2,48%. Els sectors se situen per sobre de la mitjana municipal de Llevant Nord, Llevant Sud, Est i Ciutat Antiga.

**Taula 9** | *Distribució per centres de serveis socials de les persones ateses pel servei de teleassistència domiciliària*

Sector	Població	Total	Cobertura
Ciutat Antiga	3.915	99	2,53
Est	5.227	145	2,77
Estacions	8.627	195	2,26
Litoral	7.252	162	2,23
Llevant Nord	7.093	258	3,64
Llevant Sud	5.198	144	2,77
Mestral	8.744	191	2,18
Nord	4.789	103	2,15
Ponent	7.628	151	1,98
<b>PALMA</b>	<b>58.475</b>	<b>1448</b>	<b>2,48</b>

Pel que fa a l'atenció, un 46,45% de les persones usuàries té més de 84 anys. Aquest fet respon a la circumstància que com més gran és la persona més possibilitats té que estigui sola i necessiti servei. Aquest sector de població pateix, ateses les circumstàncies, aïllament social, amb les greus conseqüències que implica.

Les persones usuàries presenten una important vulnerabilitat: risc de caigudes, dependència, menys suport social, possible empitjorament de la salut.

Al llarg del 2010 els beneficiaris nous han representat el 13,97%. El sector de Llevant Nord és el que té més beneficiaris nous, especialment dels barris de Son Gotleu i Pere Garau.

## Servei de menjar a domicili

El servei municipal de menjar a domicili és un servei específic adreçat al col·lectiu de gent gran i a persones discapacitades. Consisteix en la provisió al domicili de les persones beneficiàries de menús elaborats, segons la normativa establerta.

Al llarg del 2010 s'han atès un total de 665 persones grans, xifra que suposa una cobertura de l'1,14% de la població més gran de 64 anys. Del total de persones usuàries més grans de 64 anys, un 33,96% són homes i un 66,04% dones. Un 65% són més grans de 79 anys. El percentatge de persones usuàries és més elevat als sectors de Llevant Nord i Estacions (15,25% i 14,3% del total respectivament).

**Taula 10** | *Distribució per centres de serveis socials de les persones ateses pel servei de menjar a domicili*

Sector	Població	Total	Cobertura
Ciutat Antiga	3.915	40	1,02
Est	5.227	68	1,30
Estacions	8.627	109	1,26
Litoral	7.252	86	1,19
Llevant Nord	7.093	105	1,48
Llevant Sud	5.198	71	1,37
Mestral	8.744	82	0,94
Nord	4.789	33	0,69
Ponent	7.628	71	0,93
<b>PALMA</b>	<b>58.475</b>	<b>665</b>	<b>1,14</b>

La cobertura mitjana és de l'1,14% de la població més gran de 64 anys. El percentatge de cobertura és superior a la mitjana als sectors de Llevant Sud, Llevant Nord i Est.

## Servei d'ajuda a domicili

El servei d'ajuda a domicili és una prestació psicosocial bàsica del sistema públic de serveis socials, que té com a objectiu facilitar el desenvolupament o el manteniment de l'autonomia personal, prevenir o retardar el deteriorament individual i promoure condicions favorables a les relacions familiars i de convivència, la qual cosa contribueix a la integració i la permanència de les persones en el seu entorn habitual mitjançant l'adequada intervenció i el suport de tipus personal, psicosocial, domèstic, educatiu i assistencial.

El 2010 s'han atès un total de 1.125 persones. Aquesta xifra ens indica que la cobertura pel que fa a la ciutat és de l'1,95%. Els sectors d'Est, Llevant Nord, Llevant Sud, Litoral i Nord superen la mitjana de cobertura de la ciutat.

**Taula 11** | *Distribució per centres de serveis socials de les persones ateses pel servei d'ajuda a domicili*

Sector	Població	Total	Cobertura
Ciutat Antiga	3.915	23	0,59
Est	5.227	92	1,76
Estacions	8.627	101	1,17
Litoral	7.252	97	1,34
Llevant Nord	7.093	109	1,53
Llevant Sud	5.198	82	1,58
Mestral	8.744	141	1,61
Nord	4.789	81	1,69
Ponent	7.628	80	1,05
<b>PALMA</b>	<b>58.475</b>	<b>806</b>	<b>1,38</b>

La demanda de servei és més important als sectors d'Est, Nord i Mestral. En aquests sectors es detecta un major nombre de situacions greus.

Quant al perfil de la població atesa, un 78,68% són dones i un 21,32% homes. El 69,83% té més de 80 anys. En conseqüència, la persona usuària tipus és una dona més gran de vuitanta anys.

Cal tenir en compte que el servei té una llista d'espera de quatre-centes persones.

### 5.1.3. Serveis de promoció de l'autonomia personal

Els serveis de promoció de l'autonomia personal són serveis comunitaris per a les persones grans. La seva missió és facilitar al màxim la millora de la qualitat de vida de les persones grans en situació de risc o dificultat social. D'altra banda, treballen en el manteniment d'hàbits bàsics de cura, el contacte de les persones grans i la realització d'activitats que contribueixin al retard de l'envelliment.

Els serveis d'autonomia personal ofereixen les prestacions següents: servei de menjador, dutxes, bugaderia, programa d'activitats i servei d'ajuda a domicili.

El 2010 funcionaven tres serveis de promoció de l'autonomia personal: el Casal Ciutat Antiga, Casal Jonquet i Can Ribes. El 2009 només existien el Casal Ciutat Antiga i el Casal Jonquet.

La població atesa per aquests serveis és la dels sectors de Ciutat Antiga, Ponent, Mestral i Llevant Sud. La resta de sectors no disposen d'aquest recurs comunitari.

L'any 2010 s'han dut a terme les atencions següents:

**Taula 12** | *Dades d'atenció dels serveis d'autonomia personal*

SERVEI	Menjador	Dutxes	SAD	Bugaderia
Ciutat Antiga	50	25	15	21
El Jonquet	41	23	16	31
Can Ribes	46	26	16	27
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>74</b>	<b>47</b>	<b>79</b>

A més, aquests serveis segueixen un programa d'activitats anual, que podem concretar en:

- celebracions i festes,
- tallers de manualitats,
- activitats de promoció de la salut,
- excursions i sortides.

#### 5.1.4. Centres de dia

Els centres de dia tenen com a objectiu millorar la qualitat de vida tant de la persona dependent com de la seva família proporcionant-li atenció terapèutica diürna mitjançant programes de psicoestimulació global cognitiva, psicossomàtica i social, per prevenir situacions de més deteriorament físic i/o psíquic. D'altra banda, l'atenció que es dona permet a la família un respir respecte de la dedicació a la persona gran.

Al llarg del 2010 l'Ajuntament de Palma ha incrementat la cobertura d'aquesta tipologia de serveis en quatre centres de dia. El nombre de places que s'ofereixen actualment és de 140.

Aquest creixement pel que fa a centres de dia públics a Palma possibilitarà un acostament d'aquests serveis als ciutadans i un important ajust a les seves necessitats.

## 5.2. Persones en situació de discapacitat

L'atenció a les persones en situació de discapacitat té com a finalitat facilitar-ne la inserció social, comunitària i laboral.

Per facilitar la incorporació de les persones en situació de discapacitat s'intervé en l'àmbit individual familiar i en el comunitari, des dels serveis comunitaris bàsics, i es disposa del servei específic d'integració per a persones en situació de discapacitat.

En relació amb la integració laboral, s'ha de continuar en la línia de treball amb el suport del programa Palma segle XXI.

D'altra banda, s'ha de facilitar la mobilitat de les persones amb dificultats severes per afavorir-ne la integració sociolaboral.

### 5.2.1. Serveis socials comunitaris bàsics

Els centres municipals de serveis socials atenen les demandes socials dels ciutadans en situació de discapacitat i les seves famílies. Intervenen en l'àmbit individual familiar i comunitari.

De les 25.186 persones ateses pels centres municipals, 648 pertanyien al grup de persones en situació de discapacitat, la qual cosa representa un 2,57% del total.

La distribució per centres municipals de serveis socials és la següent:

**Taula 13** | *Dades d'atenció a la població en situació de discapacitat*

Sector	Total
Ciutat Antiga	75
Est	52
Estacions	56
Litoral	105
Llevant Nord	59
Llevant Sud	84
Mestral	70
Nord	51
Ponent	96
<b>PALMA</b>	<b>648</b>

Les demandes majoritàries d'aquest grup de població són: accés a serveis domiciliaris i específics, ajudes econòmiques i dificultats d'habitatge.

### 5.2.2. Serveis domiciliaris

#### **Servei de teleassistència domiciliària**

El servei de teleassistència domiciliària assegura la intervenció immediata en crisis personals, socials o mèdiques per proporcionar seguretat i millorar la qualitat de vida. Aquest servei permet entrar en contacte verbal amb un centre d'atenció especialitzada les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any.

El 2010 els beneficiaris han estat 1.496. Les persones en situació de discapacitat amb aparell d'alarma són 48, la qual cosa suposa un 3,21% del conjunt de persones ateses.

**Taula 14** | *Dades d'atenció del servei de teleassistència relatives a les persones en situació de discapacitat per centres de serveis socials*

Sector	Total
Ciutat Antiga	4
Est	3
Estacions	5
Litoral	7
Llevant Nord	11
Llevant Sud	5
Mestral	6
Nord	2
Ponent	5
<b>PALMA</b>	<b>48</b>

Les persones usuàries presenten una vulnerabilitat important: risc de caigudes, dependència, poc suport social, possible empitjorament de la salut.

### **Servei de menjar a domicili**

El servei municipal de menjar a domicili és un servei específic adreçat al col·lectiu de gent gran i a persones discapacitades. Consisteix en la provisió de menús elaborats al domicili de les persones beneficiàries, segons la normativa establerta.

Al llarg del 2010 s'han atès un total de 139 persones en situació de discapacitat, les quals representen un 17,29% del total del servei.

**Taula 15** | *Dades d'atenció del servei de menjar a domicili relatives a les persones en situació de discapacitat per centres de serveis socials*

Sector	Total
Ciutat Antiga	9
Est	12
Estacions	11
Litoral	34
Llevant Nord	21
Llevant Sud	13
Mestral	15
Nord	7
Ponent	17
<b>PALMA</b>	<b>139</b>

## **Servei d'ajuda a domicili**

El servei d'ajuda a domicili és una prestació psicosocial bàsica del sistema públic de serveis socials, que té com a objectiu facilitar el desenvolupament o el manteniment de l'autonomia personal, prevenir o retardar el deteriorament individual i promoure condicions favorables a les relacions familiars i de convivència, la qual cosa contribueix a la integració i permanència de les persones en el seu entorn habitual mitjançant la intervenció adequada i el suport de tipus personal, psicosocial, domèstic, educatiu i assistencial.

El 2010 s'han atès un total de 138 persones en situació de discapacitat. Aquest col·lectiu representa el 17% del total de persones ateses.

La demanda d'aquest servei és més important als sectors de Llevant Nord, Litoral, Estacions i Est. Pel que fa al perfil de les persones ateses, un 74,19% tenen entre 41 i 64 anys.

### **5.2.3. Servei Municipal d'Integració i Atenció de Persones amb Discapacitat**

Aquest servei especialitzat està integrat en la xarxa municipal d'atenció social. El Servei Municipal d'Integració i Atenció de Persones amb Discapacitat (SIAD) dóna atenció a les persones amb discapacitat i a joves amb necessitats educatives especials i a les seves famílies per potenciar-ne tant com sigui possible la independència i l'autonomia, facilitar-los la normalització en tots els àmbits de la vida i, al mateix temps, treballar amb les entitats i els grups de la comunitat per aconseguir la seva col·laboració en la plena inserció social i comunitària.

L'any 2010 el Servei ha atès 520 persones amb discapacitat (física, intel·lectual, sensorial, per motius de plurideficiència i salut mental) i/o necessitats educatives especials.

En relació amb la distribució sectorial, els sectors amb major nombre de casos atesos són Llevant Sud, Est i Ponent.

Pel que fa al perfil de persones usuàries, un 50,38% són dones i un 49,62% homes. El 38,42% té més de 30 anys.

Quant als tipus de discapacitat, un 32,30% presenta una discapacitat psíquica, un 19,03% té problemes de salut mental i un 17,50% té necessitats educatives especials.

Durant l'any 2010 s'han dut a terme projectes de treball grupal i comunitari seguint els criteris d'intervenció de Benestar Social. A més dels sis projectes dirigits directament pels educadors socials de discapacitats —exposats a la taula següent—, els professionals del SIAD han col·laborat en altres projectes i actuacions dels centres municipals de serveis socials (CMSS).



**Taula 16** | *Dades d'atenció del servei d'integració i atenció a les persones en situació de discapacitat*

Sector	Total
Emancipació	7
Futbol	11
Autogestors	32
Habilitats	26
Cuina	14
Música	10
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>

#### 5.2.4. Servei de transport per a persones amb mobilitat reduïda

El servei de transport per a persones amb mobilitat reduïda severa té com a finalitat garantir la igualtat d'oportunitats d'accés i de moviment de les persones amb discapacitat, el grau de mobilitat de les quals presenta una disminució greu o de persones que necessiten que els acompanyi una tercera persona per fer els desplaçaments.

El servei té en marxa sis rutes i un servei de taxis adaptats. El nombre de persones usuàries ateses és el següent:

**Taula 17** | *Dades d'atenció del servei per a persones amb mobilitat reduïda*

Any	2007	2008	2009	2010
Persones ateses	55	73	89	114

L'increment de persones usuàries ha estat del 107%. S'han fet 188 sortides especials.

#### 5.2.5. Palma segle XXI

L'Ajuntament de Palma executa aquest projecte amb les entitats següents: Amadip.esment, Coordinadora - Federació Balear de Persones amb Discapacitat i Associació Mallorquina per a la Salut Mental Gira-sol. La població destinatària són les persones amb discapacitat intel·lectual i malaltia mental més grans de 16 anys, amb dificultats per accedir al mercat laboral i mantenir el lloc de feina. La finalitat del programa és assolir la seva plena integració laboral en empreses del mercat laboral de la ciutat.

A Palma un 6,4% de la població disposa d'un certificat de discapacitat. L'actual crisi econòmica i d'ocupació ha fet augmentar les xifres d'atur del col·lectiu de treballadors amb discapacitat, atès que la seva ocupació sempre és molt inferior a la de la població general.

La intervenció es fa amb la metodologia de treball amb suport i l'atenció és personalitzada. El 2010 el programa ha atès 233 persones.

### 5.3. Atenció específica a les persones en situació de dependència

L'any 2010 s'ha dut a terme el desplegament territorial dels treballadors socials de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència gràcies als convenis signats entre la Conselleria d'Afers Socials i els ajuntaments de les Illes Balears. Al municipi de Palma ha suposat la incorporació als centres municipals de serveis socials de divuit treballadors socials.

Aquest desplegament ha facilitat l'accés dels ciutadans al procediment de tramitació de la dependència. Els treballadors socials, a més de les tasques vinculades a la sol·licitud, acorden els plans d'atenció individual i fan el seguiment de les prestacions concedides. La seva incorporació als CMSS facilita la coordinació i el treball d'equip, atès que les persones usuàries i els seus familiars poden presentar diferents problemàtiques.

## 6. Consideracions generals

La població de la nostra ciutat, tot i el contingent d'immigrants incorporats al padró el darrer sexenni, presenta una tendència d'envelliment progressiu. Aquest envelliment es dona en el conjunt de la Comunitat Europea, atès l'augment sostingut de l'esperança de vida en el darrer segle.

L'increment de les persones grans que arriben a edats molt avançades s'associa amb l'augment de les situacions de dependència i, en conseqüència, amb una necessitat d'atenció superior. Aquesta atenció fou assumida, fins a les acaballes del segle XX, per les famílies que tenien cura de les persones grans que no podien valdre's per si mateixes. El model de família ha canviat i els nous estils de vida generen noves necessitats i noves demandes socials.

El desenvolupament legislatiu, tant pel que fa a l'atenció a la dependència com a l'atenció social, estableix la competència municipal en aquest àmbit.

És en aquest sentit que la xarxa municipal d'atenció a les persones en situació de dependència ha incrementat els seus recursos pel que fa tant a prestacions com a serveis. D'altra banda, ha avançat en la coordinació amb altres administracions i en la descentralització de recursos.

Les actuacions de prevenció i manteniment de l'autonomia personal dutes a terme, tant amb actuacions comunitàries com per part dels serveis d'autonomia personal,

han contribuït també a l'augment de la qualitat de vida de les persones en situació de dependència del municipi de Palma.

L'índex de cobertura de l'atenció a les persones en situació de dependència ha augmentat en els darrers anys amb l'ampliació de la xarxa de centres de dia i l'augment de les persones ateses pels serveis domiciliaris.

L'atenció a les persones dependents i les actuacions de promoció i manteniment de l'autonomia personal han sofert canvis importants al nostre municipi, que, tal com hem exposat, han donat resposta a les necessitats socials actuals tant amb la incorporació de nous serveis o prestacions com amb l'adequació d'altres serveis o prestacions ja existents.

En definitiva, afavorir la permanència de les persones en el seu entorn habitual de vida, millorar l'eficàcia i l'eficiència de les prestacions i serveis adreçats a persones en situació de dependència, oferir suport als familiars curadors, afavorir el treball en xarxa que ens permeti optimitzar recursos i agilitzar l'atenció a les persones en situació de dependència constitueixen els reptes de les actuals polítiques socials.

## Referències bibliogràfiques

Barriga, L. (2010). *Evolución gráfica de la gestión del SAAD por CCAA*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Caixa Catalunya (2006). *Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya*.

Carretero, S. (2009). «L'envelliment a les Illes Balears: perfil demogràfic de la població de seixanta-cinc anys o més». A: Orte, C. *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (2011). *Memòria d'activitats 2010*. Govern de les Illes Balears. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració.

Guillen, M.(2006). *Longevidad y dependencia en España: consecuencias sociales y económicas*. Fundación BBVA

IMSERSO-INE-Fundación ONCE(2002): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (EDDES 99)*

IMSERSO (2009). *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Vol. 1. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2009). *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Vol. 2. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Libro Blanco

Observatori Municipal de la Igualtat (2010). *Les persones majors al municipi de Palma. Dades globals i per sectors municipals. Juliol 2009*.

Observatori Municipal de la Igualtat (2011). *Dades de població per barris i estadístiques de població. Dades globals i per sector de població. 2010*.

## **Autora**

CATALINA JUAN GARAU

Llucmajor, 1960. Doctora en Psicologia per la Universitat de Barcelona. Directora Tècnica de la Regidoria de Benestar Social, Immigració i Participació Ciutadana de l'Ajuntament de Palma.

# PERSPECTIVA DE L'ENVELLIMENT DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

---

## **Perspectiva de l'envelliment des de l'atenció primària**

Montserrat Llort Bové  
Ana M. Uréndez Ruiz

## Resum

L'augment de l'esperança de vida ha portat a un envelliment de la població. Això fa que els recursos econòmics i sanitaris que s'han de destinar a la població més gran de seixanta-cinc anys hagin augmentat els darrers anys. Els canvis en l'estructura de la nostra societat i els canvis inherents al procés d'envelliment fan que ens vegem obligats a adaptar la nostra feina de l'atenció primària a una demanda creixent amb unes necessitats diferenciades de la resta de la població. El procés d'envelliment té unes característiques que fan que en moltes ocasions les malalties habituals es presentin de manera diferent, motes vegades d'una manera molt més encoberta, i que en moltes ocasions s'atribueixen de manera errònia al mateix procés d'envelliment. Es parla de grans síndromes geriàtriques per definir un conjunt de quadres originats per un seguit de malalties que tenen una gran prevalença entre la gent gran i que freqüentment són origen d'incapacitat funcional o social. Des de l'atenció primària s'ha intentat impulsar la cura de la gent gran, sobretot d'aquella que es troba en situació de dependència, amb el Programa d'atenció a l'ancià, que ens porta a fer una valoració integral d'aquells ancians que es troben en risc. El coneixement del pacient, el seu entorn i la seva família ens permet fer-ne una valoració integral biopsicosocial, alhora que ens permet reforçar el paper del cuidador, peça clau en la cura de l'ancià dependent. La coordinació entre els diferents àmbits assistencials és una peça clau per aconseguir un bon aprofitament dels recursos que tenim a la nostra disposició.

## Resumen

El aumento de la esperanza de vida ha llevado a un envejecimiento de la población. Esto hace que se produzca un aumento de los recursos económicos y sanitarios que se destinan a la población mayor de sesenta y cinco años en los últimos años. Los cambios en la estructura de nuestra sociedad y los cambios inherentes al proceso de envejecimiento hacen que nos veamos obligados a adaptar nuestro trabajo desde la atención primaria a una demanda creciente con unas necesidades diferenciadas de las del resto de la población. El proceso de envejecimiento tiene unas características que hacen que en muchas ocasiones las enfermedades habituales se presenten de manera diferente, muchas veces de forma encubierta, y que en muchas ocasiones se atribuyen de forma errónea al propio proceso de envejecimiento. Se habla de grandes síndromes geriátricos para definir un conjunto de cuadros originados por una serie de enfermedades que tienen una gran prevalencia entre las personas mayores y que son frecuentemente el origen de incapacidad funcional o social. Desde la atención primaria se ha intentado impulsar el cuidado de nuestros ancianos, especialmente de aquellos que se encuentran en situación de dependencia, con el Programa de atención al anciano, que nos lleva a hacer una valoración integral de todos aquellos ancianos en situación de riesgo. El conocimiento del paciente, su entorno y su familia nos permite hacer una valoración biopsicosocial y nos permite también reforzar



el papel del cuidador, pieza clave en la atención al anciano dependiente. La coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales es vital para conseguir un buen aprovechamiento de los recursos que tenemos a nuestra disposición.

---

## Demografia i epidemiologia

Definir la vellesa no és fàcil. Generalment fem els seixanta-cinc anys com a edat de referència, d'acord amb l'edat de jubilació. Són les persones més grans de vuitanta anys, però, les que presenten una prevalença més gran d'incapacitat funcional i de dependència i, per tant, generen una sobrecàrrega econòmica important en els sistemes socials i sanitaris del nostre país.

En els darrers anys la població espanyola, i òbviament la de les nostres illes, ha sofert un envelliment progressiu de la població. L'augment de l'esperança de vida i la disminució de la fecunditat han suposat un augment del nombre de persones de més de seixanta-cinc anys. Els moviments migratoris, amb l'arribada de gent en edat laboral, han permès compensar parcialment aquest envelliment. Aquests canvis han portat, per primera vegada a Espanya, a una inversió de la piràmide: el volum de població més gran de seixanta-cinc anys és més important que el grup de persones de zero a catorze anys. El nombre de persones més grans de vuitanta anys també ha augmentat i ho farà de manera progressiva en els propers anys. La població més gran de seixanta-cinc anys va arribar l'1 de gener de 2009 als 7.782.904 individus, la qual cosa suposa el 16,7% del total de la població espanyola. A les Balears, segons el Pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut, el 14% de la població adscrita a la targeta sanitària era més gran de seixanta-cinc anys.

L'índex d'envelliment ( $> 65$  anys /  $< 20$  anys) total a les Illes Balears era de 69,1% el 2008 i de 69,6% el 2009. L'índex de sobreenvelliment ( $< 85$  /  $> 65$  anys) era del 15,5% el 2008 i del 15,3% el 2009. Aquesta variació en l'estructura de la població té clares repercussions en l'atenció primària, porta d'entrada al sistema sanitari i sobre la qual recau el major pes de l'assistència sanitària.

Segons l'enquesta del CES ( Consell Econòmic i Social ) 2009, l'esperança de vida del 2008 a les Illes Balears era de 84,3 anys per a les dones i 78,5 per als homes. Les causes de mortalitat en homes eren en primer lloc els tumors, seguits de les malalties del sistema circulatori, mentre que en les dones és a la inversa, les malalties del sistema circulatori en primer lloc seguides dels tumors.

L'augment en l'esperança de vida comporta també un augment en la dependència. Les persones grans són en bona part actives i sanes, es cuiden per ser dependents i autònomes

i volen mantenir la seva independència, però l'augment de la longevitat i de les malalties degeneratives condueix inevitablement a un augment de les taxes de dependència. Segons dades obtingudes de la Gerència d'Atenció Primària, les dades de freqüentació de les nostres consultes són, de mitjana, entre set i vuit visites per any i persona, tant de les consultes d'infermeria com de les de medicina. El Programa d'atenció domiciliària va assolir l'any 2010 una cobertura del 6,13% a Mallorca.

## Canvis socials

En els darrers anys la nostra estructura social ha sofert un seguit de canvis que afecten directament les estructures familiars i el suport de la gent gran:

- Els canvis en l'estructura familiar, la desaparició en moltes ocasions del nucli familiar tradicional i l'aparició de nous tipus de famílies: famílies monoparentals, famílies multigeneracionals en les quals els cuidadors dels «molt ancians» també són ancians. També hi ha un augment progressiu de les famílies nuclears en les quals els avis i els néts no conviuen junts. Amb l'augment de l'esperança de vida també creix el nombre d'ancians que viuen sols.
- La incorporació de la dona a la vida laboral, que ha comportat la desaparició de la figura de la dona com a cuidadora tradicional. Això condueix a la necessitat d'haver de disposar d'altres recursos externs a la família: cuidadors externs, residències, centres de dia. Aquesta necessitat anirà augmentant a mesura que augmenti el nombre d'ancians.
- Les dones tenen una esperança de vida més llarga. Això produeix una feminització de l'envelliment.

## Canvis inherents al procés d'envelliment

El procés d'envelliment duu inherent un seguit de canvis que incideixen en l'estat de la salut:

- Pobresa relativa per disminució de l'entrada de recursos econòmics. Hi ha un informe del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005), del Regne Unit, que conclou que entre els cinquanta i els seixanta-quatre anys els nivells de salut i els determinants socials empitjoren significativament, i això condiciona la salut en edats posteriors.
- Problemes de condicionament de l'habitatge i l'entorn pel que fa a les capacitats físiques dels ancians.

- Canvis en l'estat marital. En aquest sentit, i com ja hem dit, les dones tenen una esperança de vida més alta.
- Canvis en l'actitud de la societat cap al ancians: tradicionalment l'ancià en les societats antigues era el savi. En la societat actual, moltes vegades, hi ha una estereotipació negativa sistemàtica i una discriminació de les persones per la seva edat.
- Les persones més grans de vuitanta anys tenen una percepció més intensa de sensació de soledat, un major grau d'incapacitat funcional, però contràriament al que semblaria no tenen una percepció de depressió, d'ansietat ni de dolor més elevada.

## Funcions de l'atenció primària

Des de l'atenció primària ens trobem en una situació privilegiada que ens permet fer una valoració biopsicosocial i emprendre mesures de caràcter preventiu a fi d'aconseguir un envelliment al més saludable possible. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'envelliment actiu és el procés d'optimització de totes les oportunitats de benestar físic, social i mental durant tota la vida amb l'objectiu d'ampliar l'esperança de vida saludable i la qualitat de vida durant la vellesa. Mantenir l'autonomia és el principal objectiu. La valoració funcional es considera prioritària perquè és un dels millors indicadors de l'estat de salut, un bon predictor de morbiditat i del consum de recursos assistencials.

- La promoció d'hàbits d'estil de vida saludable és un dels nostres objectius principals perquè les persones grans aconseguixin una millora de l'estat de salut.

Decàleg preventiu per promocionar un envelliment actiu en l'atenció primària (Grupo de Trabajo de Atención Primaria al Mayor, de la SEMFYC, 2010):

- 1.1 Mengi poc però mengi bé.
- 1.2 Eviti el tabac i el contacte amb altres tòxics.
- 1.3 Dugui a terme una activitat física moderada.
- 1.4 Tingui cura de la seva salut (vigili els factors de risc cardiovascular, protegeixi's de les caigudes).
- 1.5 Eviti la soledat.
- 1.6 No deixi de llegir.
- 1.7 Mantingui's informat del que passa al seu voltant.
- 1.8 Intenti divertir-se, millor si és en companyia.
- 1.9 Programi la seva jubilació. Ocupi el seu temps lliure.
- 1.10 Mai és tard per començar, i menys per aprendre.

- Es fa un seguiment de la patologia crònica o aguda per tal de disminuir-ne la cronificació o la reagudització.
- S'intenta evitar la iatrogènesi i fer un ús racional del medicament.
- S'impulsa una bona valoració que permeti fer una detecció i intervenció precoç de la incapacitat i afavorir la recuperació precoç de les funcions per tal de retardar la dependència.
- L'atenció primària constitueix la porta d'entrada al sistema sanitari. Des d'aquest àmbit s'ha de fer una derivació a l'atenció hospitalària i alhora també s'ha de dur a terme la tasca de coordinació entre les diferents especialitats.
- Es pretén evitar la pèrdua de capacitat funcional a curt i llarg termini.
- Es promouen mesures per aconseguir una mort digna al domicili amb les cures pal·liatives, quan les circumstàncies ho afavoreixin.

Les tasques a desenvolupar dins l'atenció primària s'agrupen segons les característiques de l'ancià:

**Ancià sà:** aquell que no presenta cap malaltia crònica ni incapacitat, i per al qual, per tant, la tasca principal és la promoció d'hàbits d'estil de vida saludable i la realització d'activitats preventives.

**Ancià malalt:** que pot estar afectat d'una malaltia crònica o aguda i que no necessàriament sempre és un ancià de risc. Òbviament l'atenció a la seva patologia (tant crònica com aguda) forma part de les funcions essencials de l'atenció primària.

Definiríem un ancià en situació de risc (criteris de l'OMS 1987) com aquell que presenta una o més de les següents característiques: té més de vuitanta-cinc anys, pateix una patologia crònica invalidant física o psíquica, viu sol, té problemes socials amb incidència en la salut, ha estat hospitalitzat recentment en els darrers tres mesos, segueix una polimediació, ha perdut la parella recentment.

La presència d'ancians en situació de risc s'ha de considerar com una situació d'alt risc que pot determinar l'aparició de dependència, la institucionalització o la mort de l'ancià. Des de l'atenció primària s'ha de poder de fer una detecció precoç per tal d'oferir les eines adequades que ens permetin minimitzar les situacions de dependència i de pèrdua de funcionalitat.

## Problemes de salut en l'ancià

Segons l'*Enquesta geriàtrica XXI* (Lázaro del Nogal 2000) les patologies més freqüents a les nostres consultes d'atenció primària serien les següents:

1. Àlgies no reumàtiques i reumatismes
2. Alteració dels òrgans dels sentits
3. Insomni
4. Hipertensió arterial
5. Trastorns de la pell
6. Estrenyiment
7. Infecció respiratòria
8. Infecció urinària
9. Mareig/vertigen
10. Patologia vascular

Un elevat nombre de malalties es presenten en l'ancià d'una manera diferent de com ho fan en l'adult. Moltes vegades ell mateix les interpreta, resta importància a la seva simptomatologia o les identifica com a canvis associats al mateix procés d'envelliment. La presència de deteriorament cognitiu associat o, fins i tot, els canvis fisiològics associats a l'envelliment poden dur a una interpretació incorrecta de la simptomatologia que l'ancià presenta. En moltes ocasions la malaltia no es presenta d'una manera tan clara com en el pacient jove i hi manquen alguns dels símptomes cardinals, o si ho fan, és d'una manera més suau: confusió, incontinència, cansament, apatia, manca d'autoestima, dispnea, caigudes freqüents o anorèxia.

Un altre fenomen que cal tenir en compte és l'anomenat *fenomen de la cascada*. És un fenomen que apareix quan el pacient té símptomes i efectes mal diagnosticats i mal tractats. Ens trobem davant d'un pacient que té les seves reserves funcionals disminuïdes. Sol ser un malalt polimedicat. L'efecte advers d'un fàrmac no es reconeix com a tal i és tractat amb un altre fàrmac, i així ens endinsem en una cascada d'efectes amb un resultat final no desitjat.

## Grans síndromes geriàtriques

Es parla de grans síndromes geriàtriques per definir un conjunt de quadres originats per un seguit de malalties que tenen una gran prevalença entre la gent gran i que són freqüentment l'origen de la incapacitat funcional o social.

### 1. Demències

Les demències constitueixen un problema sociosanitari de gran impacte. Constitueixen una síndrome pluripatològica que es caracteritza per un deteriorament global de les funcions

cognitives. Té una prevalença del 5-10% i augmenta amb l'edat (1-2% entre 65-70 anys i més del 30% en majors de 85 anys). És d'esperar que, a causa de l'augment de l'esperança de vida, es produeixi un augment de la incidència d'aquests tipus de patologies i, per tant, un augment de les necessitats i dels recursos destinats a aquests tipus de patologies. La demència del tipus Alzheimer és la més freqüent. No es recomana, però, el cribratge de la demència en subjectes asimptomàtics. És importat dins l'atenció primària intentar adoptar mesures per fer disminuir i detectar precoçment aquests tipus de patologies. La sospita diagnòstica, la detecció precoç i la informació a la família són funcions clau dins l'atenció primària. No existeix en aquests moments un tractament curatiu que hagi demostrat clarament l'eficàcia, excepte en algun cas de demència secundària. El tractament no farmacològic constitueix una part important del tractament. L'estimulació del pacient és important per tal d'intentar mantenir, en la mesura que es pugui, les seves capacitats funcionals. El suport a la família per part de l'equip d'atenció primària és una peça clau tant per al pacient com per als cuidadors. Tenir cura del cuidador és un aspecte clau, especialment quan parlem de pacients afectes d'aquests tipus de patologies.

## 2. Incontinència urinària

La incontinència urinària és la pèrdua involuntària d'orina i constitueix un problema social i higiènic. Afecta un 10-15% de la població més gran de seixanta-cinc anys i pot arribar a afectar un 30-40% de les persones més grans de setanta-cinc anys. Aquesta prevalença és molt variable i probablement un dels motius n'és la infradiagnosi del problema. El Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS) recomana l'interrogatori sobre aquesta qüestió en persones més grans de setanta-cinc anys. L'efectivitat del tractament es basa en una detecció precoç i en una correcta classificació del tipus d'incontinència que presenta el pacient. Novament aquí el tractament no farmacològic és essencial. L'estigmatització social de la incontinència fa que el suport familiar sigui clau. Actualment hi ha tractaments funcionals que són molt útils, especialment si els comencem a aplicar en fases inicials. És important tenir present aquesta situació a l'hora de la prescripció de fàrmacs que poden empitjorar aquesta patologia. Un exemple clàssic seria l'ús de diürètics en gent amb incontinència, fàrmac de primera elecció en patologies de gran prevalença en ancians, com ara la hipertensió.

## 3. Caigudes

Les caigudes són un problema de salut pública important. La prevalença de caigudes constitueix un 30% en les persones més grans de seixanta-cinc anys. Són més freqüents en persones més grans de seixanta-cinc anys, en ancians fràgils i en els que viuen fora del seu entorn. Les caigudes estan associades a un deteriorament en l'estat de salut, un augment de l'ús de serveis hospitalaris, un augment de l'hospitalització i un augment de la mortalitat i tenen conseqüències mèdiques, socials, psicològiques i econòmiques. Poden constituir també el primer senyal d'una malaltia.

Les causes de les caigudes són múltiples però les podem dividir en dos grans grups: les associades al mateix pacient i les relacionades amb el seu entorn.

L'alteració en la marxa, l'alteració de l'equilibri, les alteracions visuals, l'ús de determinades medicacions i l'existència d'obstacles en el seu entorn són els factors que més hi influeixen.

Les visites periòdiques al domicili dels pacients que tenen problemes de mobilitat permeten fer una avaluació del seu entorn per tal d'aconsejar modificacions en l'habitatge que permetin disminuir-hi el nombre d'obstacles i les barreres arquitectòniques.

Des de l'atenció primària es recomana preguntar a les persones més grans de setanta-cinc anys si han caigut el darrer any o si tenen por de caure. És important conèixer quin és l'estat de deambulació i l'equilibri del pacient. A l'atenció primària tenim alguns tests per a això, un dels més coneguts dels quals és el *Get up and go*. Cal que a tot pacient que ha caigut una o més vegades, tant si viu institucionalitzat com si cau per una malaltia aguda, li fem una reavaluació de manera periòdica i cerquem factors de risc que puguem modificar.

#### 4. Estat confusional agut

L'estat confusional agut és la manifestació d'una alteració orgànica cerebral global. L'inici és sobtat i hi ha canvis en l'estat mental i en la conducta, en l'atenció i en els processos cognitius. Generalment és secundari a un problema mèdic agut. Ha de considerar-se com una urgència mèdica i, per tant, derivar el pacient al servei especialitzat en cas necessari. Generalment, és un procés reversible i, si no el tractem, pot donar lloc a un deteriorament cognitiu establert, la incapacitat o la mort del pacient. L'antecedent de demència no és un motiu per obviar l'estudi del pacient, ja que si millorem la malaltia intercurrent que pateix el pacient, podem millorar la seva situació funcional i, per això, és important fer una detecció precoç de l'estat. D'entre totes les actuacions preventives, l'ús racional del medicament és de vital importància. Els equips d'atenció primària han d'insistir en la revisió de la medicació que pren el malalt intentant evitar sobre-dosificacions i errors en les prescripcions.

#### 5. Malnutrició

En els països desenvolupats el sector de població que pateix més de desnutrició són els vells. Segons diferents enquestes, més del 25% de la gent gran no institucionalitzada té una ingesta inferior a la recomanada i entre les persones ingressades un 65% té una malnutrició proteicoenergètica. La relació entre la malnutrició i la mortalitat segueix una corba en forma d'U. La menor mortalitat en gent gran es troba en aquelles persones que estan en sobrepès lleuger. En l'atenció primària és important fer una valoració exhaustiva

a través de l'entrevista clínica i l'exploració física. Hi ha diversos qüestionaris que ens poden ajudar en aquest procés d'avaluació. Prevenir la malnutrició en els ancians ha de ser un dels nostres objectius en les nostres consultes. En aquest sentit el paper de la infermeria és fonamental, mitjançant l'assessorament, tant del mateix pacient com dels cuidadors en el cas d'ancians dependents.

Cal fer una quantificació del grau de malnutrició, establir-ne el tipus i fer el càlcul de les necessitats calòriques. En cas de que sigui necessari es poden instaurar suplementes nutricionals i, fins i tot en els casos extrems, nutrició entèrica.

## 6. Alteracions visuals

L'envelliment de la nostra població fa que hi hagi un augment de la patologia visual. Les malalties més freqüentment detectades són la degeneració macular associada a l'edat, el glaucoma, la cataracta i la retinopatia diabètica. El deteriorament visual afecta l'ancià en la seva qualitat de vida i repercuteix en les seves capacitats físiques (s'associa a un augment de la mortalitat i de les caigudes), psicològiques i socials, per una clara repercussió en les activitats quotidianes i un increment de la tendència a l'aïllament. L'objectiu principal seria evitar o retardar l'aparició del deteriorament visual i la ceguera. Es desconeixen activitats de prevenció primària i, com a principal eina de prevenció secundària, tenim el diagnòstic precoç i intentar fer un tractament adient. El Programa d'activitats preventives de l'adult recomana que a les persones més grans de seixanta-cinc anys se'ls faci un examen oftalmològic complet amb periodicitat anual, sobretot en casos de diabetis mellitus, pressió intraocular elevada o antecedents familiars de glaucoma.

## 7. Alteracions auditives. Hipoacúsia

La hipoacúsia és un problema freqüent en la gent gran. Té conseqüències físiques, mentals i funcionals que poden portar a l'aïllament, la depressió o la dependència. Mentre que la freqüència de la hipoacúsia en la població general és d'un 10%, en la població de més de seixanta-cinc anys arriba al 40%. Només el 10-30% d'aquestes persones disposen de pròtesi auditiva.

Sol ser un problema infradiagnosticat perquè la gent considera aquesta pèrdua auditiva com a pròpia de l'edat i es creu que no cal fer un tractament, i també perquè el problema se sol presentar de manera progressiva i en fases inicials no s'evidencia clarament. Moltes vegades són els familiars els que detecten el problema quan veuen que l'ancià no segueix les converses o puja el volum de la ràdio o el televisor. La presbiacúsia, causada per l'envelliment global de l'aparell auditiu, és la causa més freqüent d'hipoacúsia en les persones més grans de seixanta-cinc anys. Altres causes freqüents serien els taps de cera i epidèrmics i el trauma acústic, que s'associa moltes vegades amb la presbiacúsia.



Des de l'atenció primària hauríem de demanar expressament dades sobre aquest dèficit. Una exploració que inclogui una otoscòpia ens permet detectar els taps de cera. En els casos de presbiacúcia, l'única ajuda seria l'ús d'un audiòfon. Amb l'ús de l'audiòfon millora més l'estat de les persones que tenen una pèrdua moderada d'audició i no millora tant el de les que tenen una pèrdua greu.

Caldria recomanar l'ús de protectors auditius en els casos que es consideri necessari per tal d'evitar els traumes acústics.

## 8. Polifarmàcia

Actualment la major part de la despesa farmacèutica es concentra en els majors de seixanta anys. A les Illes Balears, durant l'any 2010 la despesa en farmàcia d'aquest grup d'edat va suposar el 57,02% de tota la despesa, i el 57,22% si parlem només de l'àrea Mallorca, segons dades obtingudes de la Gerència d'Atenció Primària.

La polifarmàcia (definida per l'ús de quatre fàrmacs o més) és freqüent en les persones més grans de seixanta-cinc anys, ja que és en aquesta franja d'edat que es concentren més patologies.

Amb l'envelliment es produeixen un seguit de canvis farmacocinètics i farmacodinàmics que fan que variï la resposta de l'organisme al fàrmac. Els canvis farmacocinètics estan relacionats amb una disminució de la depuració renal i una disminució del volum de distribució. Els canvis farmacodinàmics afecten la sensibilitat dels receptors al fàrmac, modifiquen la resposta de l'organisme al fàrmac i augmenten la probabilitat que la persona pateixi efectes secundaris. Hi ha una tendència a no tenir una consideració especial d'aquest grup i a utilitzar les mateixes dosis que en adults. Es calcula que el 20% dels ingressos hospitalaris estan relacionats amb reaccions adverses a fàrmacs.

L'automedicació també és un problema freqüent entre aquest grup de població. En un estudi fet entre les persones adscrites a una àrea de Sabadell es va trobar una freqüència d'automedicació del 31,2%. També s'ha de tenir en compte l'autoprescripció de medicaments d'herbolari i homeopatia, sobre els quals es té la creença generalitzada que sempre són innocus.

La polifarmàcia i l'automedicació afavoreixen l'aparició de reaccions adverses, interaccions farmacològiques i control inadequat de les malalties cròniques de base.

Des de fa temps es parla del concepte de *mediació inadequada o inapropiada en l'ancià* que engloba tant els fàrmacs o categories de fàrmacs que hauríem d'evitar, com les dosis o la durada inadequades. Els criteris de Beers ofereixen una llista de fàrmacs d'ús no adequat, independentment del diagnòstic i un altre llistat amb el diagnòstic associat. En

aquest sentit cal destacar l'ús de sedants i anticolinèrgics, que afecten la funció cognitiva i augmenten el risc de caigudes.

S'han publicat un seguit de recomanacions per a la prescripció en pacients ancians (*Guia d'actuació en atenció primària*, SEMFYC):

- Considerar en primer lloc les alternatives no farmacològiques.
- Procurar no tractar símptomes, sinó malalties.
- Abans d'afegir un fàrmac assegurar-nos que no estem tractant l'efecte secundari d'un altre fàrmac.
- Iniciar els tractaments amb la menor dosi possible i anar-la augmentant progressivament.
- Simplificar tant com es pugui el règim terapèutic.
- Revisar periòdicament el tractament i suspendre el fàrmacs innecessaris.
- Ajustar dosis, evitar els de vida mitjana-llarga o els que s'acumulen i procurar donar el mínim nombre possible de fàrmacs.
- Avaluar regularment el compliment terapèutic.
- Donar instruccions clares i per escrit.
- Conèixer el perfil d'efectes secundaris dels fàrmacs que es prescriuen.
- Evitar fàrmacs d'ús inapropiat i els de comercialització recent, ja que el perfil d'efectes secundaris és poc conegut.
- Comunicar les sospites de reaccions adverses.

## 9. Úlceres per pressió

Les úlceres per pressió (UPP) són lesions d'origen isquèmic localitzades a la pell i als teixits subjacents, produïdes per una pressió prolongada o una fricció entre una superfície externa i un pla ossi o cartilaginós.

Aquestes lesions són un problema de salut important, tant per l'alta incidència i prevalença amb què es produeixen com per les repercussions que tenen. Segons l'Estudi nacional de

prevalença d'UPP fet el 2005 pel Grup Nacional per a l'Estudi i l'Assessorament en Úlceres per Pressió i Ferides Cròniques (GNEAUPP), la prevalença mitjana en l'atenció primària és del 9,11% entre els pacients que reben atenció domiciliària, als hospitals és del 8,9% i en l'assistència sociosanitària del 10,9%.

Les úlceres per pressió són sobretot un motiu de patiment per al pacient i per als familiars que en tenen cura. Els pacients tenen dolor, perden autonomia i pateixen incomoditat, por, ansietat i limitacions en les seves possibilitats de relació social, a causa de la dificultat per moure's. A més, les úlceres per pressió retarden el procés de recuperació i els pacients que en pateixen han d'afrontar el risc d'infecció i sèpsia que l'úlceres representa.

Cuidar un pacient amb úlceres per pressió provoca desgast i cansament. És normal que els familiars i els cuidadors principals sentin tristesa, preocupació, soledat, irritabilitat i culpabilitat. Aquestes emocions unides a l'esgotament poden provocar el cansament en l'acompliment del rol de cuidador.

Les úlceres per pressió també suposen un problema important per al sistema sanitari: prolonguen l'estada dels pacients als hospitals, incrementen el cost dels processos i donen una imatge institucional negativa, ja que es poden atribuir al dèficit en la qualitat assistencial (el 95% de les úlceres són evitables). De fet, la prevalença i la incidència de les úlceres per pressió són els indicadors més representatius de la qualitat de les cures d'infermeria.

Afortunadament cada vegada hi ha més sensibilització d'usuaris, gestors i professionals clínics sobre la importància i la possibilitat d'evitar aquest problema. Un bon exemple d'això és la inclusió de les úlceres per pressió en el Pla de qualitat per al sistema nacional de salut com a efecte no volgut de l'assistència sanitària.

Les persones que tenen més risc de patir úlceres per pressió són:

- persones grans amb malalties cròniques;
- pacients enllitats o immobilitzats en cadires;
- pacients amb alteracions de la sensibilitat i que no perceben el dolor isquèmic;
- pacients que no són capaços de mantenir una postura adequada;
- pacients que ja pateixen alguna úlceres per pressió.

Els canvis posturals són imprescindibles, tant en la prevenció com en el tractament de les úlceres per pressió. La freqüència i la manera de fer-los es resumeixen en les recomanacions generals, tant per a les situacions d'enllitament i sedestació com per a cada tipus de postura:

### Recomanacions generals:

- Fer canvis posturals cada dues o tres hores, seguint una rotació determinada.
- La necessitat de canvis posturals s'ha d'avaluar regularment.
- Cal fer els canvis posturals encara que el pacient dugui superfícies especials per al maneig de la pressió.
- Cal fer sovint canvis posturals a tots els pacients amb úlceres per pressió, fins i tot a tots els que estan enllitats o asseguts.
- La freqüència dels canvis ha d'estar determinada per les necessitats dels pacients i s'ha de registrar.
- Els pacients de més pes necessiten més recol·locacions.
- Cal evitar col·locar el pacient directament sobre les prominències òssies i sobre les úlceres.

## 10. Maltractament en l'ancià

La consideració d'aquest problema és molt recent. El 1995, a Espanya, es va fer la Primera Conferència Nacional de Consens sobre l'Ancià Maltractat, de la qual va néixer la Declaració d'Almeria que defineix el maltractament com «tot acte o omisió sofert per una persona de seixanta-cinc anys o més que vulnera la integritat física, psíquica, sexual i econòmica, el principi d'autonomia o un dret fonamental de l'individu; que és percebut per aquest o constatat objectivament, amb independència de la intencionalitat i el lloc on tingui lloc».

Les conclusions que es van extreure són les següents :

- La prevalença del maltractament de l'ancià és desconeguda.
- El maltractament de l'ancià té lloc en totes les classes socials, independentment del nivell socioeconòmic i pot tenir lloc tant en institucions públiques com al domicili, però els mateixos familiars i cuidadors del malalt s'hi troben implicats amb més freqüència .
- El maltractament pot ser tant físic, com econòmic o sexual. Sovint un mateix ancià pot estar sotmès a més d'un tipus de maltractament.
- Determinats factors de risc fan augmentar la probabilitat que l'ancià pateixi maltractament.
- El desconeixement o la negació del problema dificulta prevenir-lo i intervenir-hi.
- No disposem d'una legislació específica de protecció dels ancians contra el maltractament, però cal notificar els casos de sospita.
- Tots els professionals relacionats amb els ancians han d'estar alerta davant de signes de sospita de maltractament. En cas d'ancians mentalment incapacitats cal tenir una cura i protecció especial.
- Cal que la mateixa gent gran conegui el problema existent i els recursos que hi ha per tal de poder evitar reincidències.
- Cal que hi hagi fons destinats a la investigació del maltractament.
- Només amb una millor informació sobre la freqüència del problema hi podrem fer front.

Les manifestacions clíniques són les de síndromes relativament freqüents en els ancians malats (malnutrició, deshidratació, depressió...). Això fa que ens vegem obligats a tenir un elevat nivell de sospita. En l'atenció primària ens trobem en un lloc privilegiat per detectar el problema. El coneixement del domicili, la família, l'entorn i els cuidadors són elements clau per detectar-lo.

## Programa de l'ancià

L'any 1960 la població espanyola de més de seixanta-cinc anys constituïa el 8,2% de la població total; el 1991, el 13,7%, l'any 2000, el 15% i s'estima que l'any 2026 la proporció haurà augmentat fins al 21,2%. El progressiu envelliment de la població i l'augment de les necessitats va fer que l'any 2000 es posés en marxa el Programa de l'ancià.

Una de les conseqüències d'aquest envelliment és l'augment de les taxes de dependència. Hi ha diverses enquestes que ens mostren que els ancians consulten el metge tres vegades més de mitjana que la població general i aquesta proporció augmentarà.

Per tal de poder donar una resposta efectiva i eficient a aquest augment de la demanda de serveis de salut, s'ha de fer un abordatge biopsicosocial del problema. D'aquesta manera es podrà donar una atenció integral a l'ancià i, a més, millorar la coordinació entre l'atenció sanitària i els serveis socials.

La població diana d'aquest programa està constituïda per les persones de setanta-cinc anys o més que viuen a Mallorca i que, quan el Programa es va posar en marxa, representaven unes 46.929 persones.

L'objectiu general del Programa de l'ancià és millorar l'estat de salut i la qualitat de vida de les persones de setanta-cinc anys o més que viuen a Mallorca.

Els objectius específics del Programa són:

- Augmentar la captació del programa d'ancians de risc.
- Augmentar la proporció d'ancians amb estil de vida saludable.
- Reduir les situacions que fan augmentar el risc de malaltia, les complicacions i les seqüeles de les malalties agudes i cròniques de l'ancià.
- Disminuir la incidència d'accidents i caigudes de l'ancià.
- Reduir la incidència de malalties que es poden evitar amb la vacunació (tètanus i grip fonamentalment).
- Disminuir la proporció d'ancians amb incapacitat funcional, mental o social secundària a malalties cròniques.

- Disminuir la proporció d'hospitalitzacions i reingressos innecessaris d'ancians.
- Disminuir els efectes iatrogènics derivats de l'ús no adequat de la prescripció incorrecta de medicaments en ancians.
- Augmentar la proporció d'ancians de rebre atenció continuada en els centres d'atenció primària, i el nombre de cuidadors informals.
- Reduir les claudicacions de les persones que comparteixen la llar amb un o més familiars ancians.
- Contribuir a reduir el nombre d'ancians institucionalitzats que incompleixen els criteris d'institucionalització.

Els nostres esforços estan dirigits especialment als ancians de risc, que són els que reuneixen algun dels criteris del qüestionari de Barber (annex I).

La captació pot ser duta a terme per qualsevol membre de l'equip d'atenció primària, sia el metge, la infermera o l'assistent social.

- El criteri d'inclusió és tenir setanta-cinc anys o més.
- Els criteris d'exclusió són: canvi de domicili, desplaçament temporal i que el mateix pacient rebutgi ser inclòs al Programa.

Un cop recollida tota la informació necessària, classificarem la persona en una de les categories següents:

**Ancià sa:** el que té unes característiques funcionals, mentals i socials que concorden amb les pròpies de la seva edat cronològica.

**Ancià malalt (no de risc):** aquell que té algun trastorn o malaltia aguda o crònica, de determinada gravetat, però habitualment no invalidant o incapacitant.

**Ancià d'alt risc o fràgil:** el que reuneix un o més criteris del qüestionari de Barber.

**Pacient geriàtric:** pacient de setanta-cinc anys o més que pateix diverses malalties, la principal de les quals és incapacitant, amb algun trastorn mental o problemes socials derivats del seu estat de salut.

## Valoració geriàtrica integral

A tots els ancians de setanta-cinc anys o més se'ls fa un registre en la història clínica, almenys cada dos anys, d'un seguit d'informació: incontinència urinària, dificultats per a la mobilització, antecedents de caigudes i possibles causes, consum de fàrmacs,

dosis i automedicació, agudesa visual i auditiva, ingressos hospitalaris, suport familiar i socio sanitari.

Se'ls fa una exploració física que, a més de l'exploració habitual, inclogui l'exploració del canal auditiu per tal de detectar taps de cera i de la cavitat oral per tal de veure si hi ha problemes de masticació.

És important fer un bon assessorament sobre alimentació, exercici físic, ús adequat dels medicaments, prevenció d'accidents domèstics i higiene personal.

A l'ancià de no risc cal fer-li una exploració de salut cada dos anys, independentment que tingui o no una malaltia crònica. En cas que pensem que està en una situació de risc, passarem a fer-ne una valoració integral.

La valoració geriàtrica integral té una perspectiva multidisciplinària:

- valoració clínica
- valoració d'infermeria
- valoració funcional i mental
- valoració social

## 1. Valoració clínica

Es tracta que el metge faci una valoració per confirmar les malalties conegudes que té l'ancià i diagnosticar les desconegudes que no s'han detectat encara en el moment de captar-lo i incloure'l al Programa. Bàsicament la valoració consisteix a elaborar una història clínica completa, que ha d'estar orientada als problemes de salut més freqüents dels ancians.

## 2. Valoració d'infermeria

Es tracta de valorar catorze necessitats i recollir totes les dades necessàries per a cada necessitat.

- 2.1. Necessitat de respirar
- 2.2. Necessitat de menjar i beure
- 2.3. Necessitat d'eliminació
- 2.4. Necessita de moure's i mantenir la postura corporal adequada
- 2.5. Necessitat de dormir i descansar
- 2.6. Necessitat de vestir-se i desvestir-se
- 2.7. Necessitat de conservar la temperatura corporal

- 2.8. Necessitat de mantenir la higiene i protegir la pell
- 2.9. Necessitat d'evitar perills
- 2.10. Necessitat de comunicar-se
- 2.11. Necessitat de viure segons certs valors o creences
- 2.12. Necessitat d'ocupar-se de la realització personal
- 2.13. Necessitat de participar en activitats recreatives
- 2.14. Necessitat d'aprendre

Pel que fa als ancians amb problemes de mobilitat, també cal remarcar la importància de fer una bona valoració del risc que desenvolupin úlceres per pressió, la qual cosa es fa través de l'escala de Braden (annex 4).

### 3. Valoració funcional i mental

La valoració funcional es fa a través dels tests per valorar les activitats de la vida diària:

- L'índex de Barthel, que mesura la capacitat de tenir cura de si mateix (annex 3).
- L'índex Lawton i Brody, sobre activitats instrumentals (annex 2), que mesura el grau d'independència per a la realització de les activitats de la vida diària.

La valoració de l'estat mental es dirigeix a detectar precoçment els problemes i les malalties mentals de més prevalença en l'ancià, el deteriorament cognitiu (demències o estats confusionals) i la depressió.

Aquesta valoració pot ser duta a terme tant pel personal d'infermeria com pel personal mèdic.

- Per valorar la funció cognitiva, fem servir els qüestionaris abreviats de l'estat mental o prova de Pfeiffer i els criteris de demència DSM-IV quan calgui.
- Per avaluar la funció afectiva fem servir l'escala de la depressió geriàtrica de Yesavage.

### 4. Valoració social

És molt important conèixer les circumstàncies socials de l'ancià, ja que influeixen de manera directa en els seus problemes de salut. En el nostre cas la valoració de l'entorn social dels ancians inclosos al Programa és duta a terme pel personal d'infermeria. Als centres de salut disposem d'una treballadora social de referència que s'encarrega de tramitar i coordinar amb les altres institucions la dotació de les prestacions socials que siguin necessàries.

Cal fer una valoració que, com a mínim, inclogui els aspectes següents:



- Xarxa de suport familiar i social
- Situació econòmica i de l'habitatge
- Canvis de domicili
- Utilització del temps lliure

## Pla d'actuació

Un cop realitzada la valoració, l'equip multidisciplinari elaborarà el pla d'actuació, que ha d'incloure el tractament mèdic, el pla de cures d'infermeria i el pla d'intervenció social.

Aquest pla ha de ser dinàmic i canviar en funció de si canvia la situació de l'ancià (tant pel que fa a canvis clínics com socials). En el cas que l'ancià no es pugui desplaçar al centre de salut, es farà una atenció domiciliària.

El pla de cures d'infermeria ha d'incloure, quan sigui necessari, activitats d'educació per a la salut destinades sobretot a explicar a l'ancià i a la seva família els canvis que es produeixen en aquesta etapa de la vida, ajudant-lo a adaptar-se a la nova situació i proporcionar-li les eines necessàries per augmentar, mantenir o recuperar la seva autonomia.

Un dels objectius del Programa de l'ancià és donar suport i assessorament a la família amb quatre objectius clau:

- Transmetre als cuidadors principals els coneixements i l'experiència suficients per tenir cura dels ancians.
- Orientar i informar la família sobre serveis d'ajuda a domicili, prestacions específiques, etc.
- Fomentar l'acceptació familiar de la situació i capacitar les persones de l'entorn per fer front a les dificultats que puguin sorgir.
- Donar suport emocional als cuidadors.

Críteris per valorar el cuidador de l'ancià:

Com ja hem dit abans, l'augment de la taxa de dependència fa que s'hagi de fer un apartat especial per parlar dels cuidadors. Cal fer-ne una valoració a part i acurada, concretament dels aspectes següents:

- L'estat físic: existència de malalties agudes i cròniques, la capacitat per tenir cura de si mateix i el grau de mobilitat física.
- L'estat mental i també el nivell cognitiu.
- Percepció de la situació.
- Recursos personals: capacitat per afrontar situacions, habilitat per solucionar problemes,

- participació en activitats de distracció.
- Relació amb la persona cuidada.
- Experiències prèvies, coneixements sobre la situació i sobre cures que cal tenir.
- Dificultats de l'entorn per dur a terme el paper de cuidador.
- Sistemes de suport: recursos econòmics, familiars, amics, veïns, serveis de la comunitat.
- Situacions que són font de conflictes familiars.
- Escala de Zarit: escala que ens ajuda a fer una valoració del cuidador.

## Seguiment

El tipus de seguiment que depèn de la classificació prèvia que hem fet de la persona com a ancià sa, ancià malalt (no de risc), ancià de risc o pacient geriàtric i de si hi ha canvis en el seu estat de salut.

## L'atenció domiciliària

Com ja hem dit abans, cada vegada tenim més pacients dependents, amb dificultats de mobilitat. Això fa que, cada vegada més, els equips d'atenció primària s'hagin de desplaçar per dur a terme l'atenció al domicili del pacient, fet que permet donar atenció tant al pacient com a la seva unitat familiar. En aquest sentit, els darrers anys, des de la Gerència d'Atenció Primària s'ha impulsat l'atenció domiciliària i la captació de pacients amb dificultats de mobilitat i candidats a ser inclosos al Programa d'atenció domiciliària.

L'atenció domiciliària dona un paper protagonista a la família en la presa de decisions i fomenta l'autocura del pacient. Inclou tant activitats de tipus assistencial com preventives.

## Cuidadors

Com hem repetit al llarg d'aquest capítol, cuidar el cuidador és un dels objectius fonamentals dins de l'atenció primària. L'atenció domiciliària ens ha permès entrar en contacte amb els cuidadors i assabentar-nos de les seves necessitats.

L'educació de grups és una de les activitats de la cartera de serveis de l'atenció primària. En aquest sentit, l'any 2005 es va editar a la Gerència d'Atenció Primària un protocol d'educació grupal per a cuidadors amb dos objectius fonamentals:

- Augmentar la qualitat de les cures que presten les persones cuidadores a les persones incloses en el Programa d'atenció domiciliària.

- Augmentar el benestar de la persona malalta, del seu cuidador principal i de la seva família com a unitat.

El programa va dirigit als cuidadors de pacients inclosos en el Programa d'atenció domiciliària. El programa educatiu inclou deu sessions per a cuidadors i té els continguts següents:

### **1. Sessió introductòria: cures bàsiques**

Nocions sobre dieta equilibrada  
La higiene de la persona cuidada a casa  
Prevenció d'úlceres per pressió  
Prevenció d'accidents

### **2. Nutrició**

Classificació dels nutrients  
Què és una dieta equilibrada?  
Què hem de fer per aconseguir una dieta equilibrada?  
Dietes per a situacions especials: hipertensió arterial, diabetis mellitus, dislipèmies, i per a les persones grans i per a les persones que passen la major part del temps al llit  
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca

### **3. Eliminació fecal i eliminació urinària**

Alteracions: restrenyiment i diarrea  
Cures específiques  
Alteracions: dificultats en la micció i incontinència urinària  
Cures específiques

### **4. L'afectivitat en la persona cuidadora i l'afectivitat en la persona cuidada**

Cal reflexionar sobre els sentiments que es rebutgen  
Cal reflexionar sobre alguns sentiments de la persona cuidada

### **5. Demències**

Definició i tipus de demència  
Detecció precoç: signes i símptomes  
Estratègies per a un millor maneig de la situació  
Com influeix la demència de l'ancià en la família?

## 6. Ergonomia per a la cuidadora

Definició d'ergonomia  
 Regles bàsiques aplicades a la feina  
 Principis de mecànica corporal  
 La mobilització correcta de la persona cuidada

## 7. La xarxa social a la comunitat

Serveis de la comunitat

## 8. El temps lliure

Què entenem per *temps lliure*?  
 Dinàmiques de grup

## 9. Petit taller de relaxació

Tècniques de relaxació

## 10. Llei de dependència

Durant l'any 2010 la Conselleria de Salut i Consum i la d'Afers Socials han arribat a un acord de col·laboració per garantir que les persones que reben les prestacions de la Llei de dependència rebin aquesta formació, per garantir la qualitat de les cures. Al llarg del 2010 s'ha dut a terme amb èxit el programa pilot en què s'imparteixen aquestes sessions als cuidadors de pacients que ja tenen reconegut el grau de dependència.

## El final de la vida

L'augment de l'envelliment fa que hi hagi un interès creixent en l'avaluació de la utilització dels serveis sanitaris en la fase final de la vida i el tractament que fan d'aquesta etapa els diferents àmbits assistencials. Els estudis fets als Estats Units ens diuen que entre el 23 i el 66% de les persones més grans de 65 anys moren en un hospital d'aguts. En un estudi elaborat a Catalunya, d'un total de 743 malalts, el 52 % va morir en un hospital d'aguts, un 22%, a casa i el 16%, en un centre sociosanitari.

L'arribada de les fases finals de la vida condueix també a conflictes ètics sobre la necessitat de determinats tractaments o la realització de proves complementàries. En moltes ocasions,

tant la família com el mateix malalt, en cas que sigui possible, manifesten el desig d'un tipus de medicina més orientada cap al tractament del símptoma principal, més que cap a una prolongació de la vida del pacient.

Les cures pal·liatives han adquirit un paper protagonista els darrers anys, però en moltes ocasions s'han vist molt identificades amb el malalt oncològic. En moltes ocasions, malalts afectes d'altres tipus de patologies no es veuen beneficiats d'aquests tipus d'assistència i costa assumir el concepte de malalt terminal pel que fa a un tipus de malalt no afecte de càncer. S'han de tenir en compte d'una manera especial els pacients afectes de demència, que no es veuen capacitats per a la presa de decisions en la fase final de la seva vida.

Des de fa uns quants anys, l'aparició del registre d'últimes voluntats ha sorgit amb la idea de deixar reflectit el desig del pacient en les etapes finals, en cas que es trobi incapacitat per a la presa de decisions. Però encara hi ha molt desconeixement sobre aquest assumpte, tant per part dels pacients com dels mateixos professionals.

L'acompanyament per part dels professionals dels equips d'atenció primària tant del pacient com de la família i l'ús de cures pal·liatives en aquest tipus de pacients, en el cas que siguin necessàries, són elements clau per afavorir l'acceptació de les etapes finals de la vida al mateix domicili del pacient.

## Sistemes sanitaris i coordinació assistencial

Les investigacions sobre fins a quin punt els sistemes de salut influeixen en l'estat de salut no tenen resultats determinants. Les polítiques destinades a una distribució equitativa dels recursos dins l'atenció primària i sense barreres econòmiques contribueixen a una millora de la salut en totes les edats i especialment en la gent gran. L'orientació cap a l'atenció primària dels sistemes de salut comportaria una despesa sanitària més reduïda. A Espanya, arran de la reforma de l'atenció primària de l'any 1984, s'ha produït una millora en els nivells de salut i benestar de la gent gran. L'augment de l'envelliment repercuteix en un augment de les necessitats i dels recursos destinats a aquesta població. En aquest sentit, en molts països, a mesura que augmenta l'esperança de vida, augmenta la demanda de prestacions sanitàries i la despesa sanitària. La necessitat de disposar d'un sistema sanitari que sigui sostenible ens hauria de dur a replantejaments que ens permetin adaptar la nostra activitat assistencial a aquest augment de la demanda.

L'augment de les necessitats i les peculiars característiques d'aquest grup de població fa que la coordinació entre els diferents àmbits assistencials sigui imprescindible. Una bona coordinació ens permetrà un millor aprofitament dels recursos de què disposem i repercutirà en una millora en la qualitat assistencial de la gent gran. En aquest sentit

l'atenció primària té un paper fonamental com a coordinadora d'aquest procés. Hi ha estudis que comparen el sistema nacional de salut del Regne Unit amb tècniques de gestió de l'assistència de Kaiser Permanent de Califòrnia que demostren que a Kaiser el temps d'estada hospitalària per a les persones més grans de seixanta-cinc anys és tres vegades més reduït per a qualsevol malaltia. Els autors conclouen que el treball coordinat entre atenció primària i hospital afavoreix el treball en equip entre metges de família i metges hospitalaris, i aquest seria el factor que més influeix en aquest resultat. A Kaiser la coordinació amb els serveis socials té lloc abans que el pacient ingressi a l'hospital.

Fa tres anys va sorgir una iniciativa que involucra dos centres de salut de Mallorca, els centres de salut de Son Pisà i Valldargent, a l'Hospital Universitari Son Espases i a l'Hospital General. S'ha creat un projecte de col·laboració que pretén posar en contacte els professionals de les tres entitats per tal de millorar la coordinació entre àmbits. S'ha creat un registre que ens permet identificar aquells pacients amb pluripatologia, que serien candidats a un tractament diferenciat, evitant en ocasions els ingressos en hospitals d'aguts. A través de sessions conjuntes es pretén unificar protocols, detectar pacients de risc, preveure futures situacions de dependència i programar ingressos hospitalaris, alhora que la connexió dels metges de família amb els especialistes permet que actuïn com a consultors en un intent d'evitar derivacions innecessàries i repercutir en una millora en l'atenció del pacient.

## Annexos

### Annex 1

Qüestionari de Barber (detecció d'ancià de risc)	
1	Viu sol?
2	Es troba que no té ningú a qui demanar ajut si en necessita?
3	Hi ha més de dos dies a la setmana que no fa un àpat calent?
4	Necessita que algú l'ajudi sovint?
5	La seva salut li impedeix sortir al carrer?
6	Sovint té problemes de salut que li impedeixen valer-se sol?
7	Té dificultats visuals per fer les feines habituals de casa?
8	Li suposa molta dificultat mantenir una conversa perquè hi sent malament?
9	Ha estat ingressat en un l'hospital en l'últim any?

*Cada resposta afirmativa val un punt.*

*Un punt o més suggereixen situació de risc.*

## Annex 2

### Índex de Lawton i Brody d'activitats instrumentals de la vida diària

Activitats de la vida diària (punts)

#### Capacitat per usar el telèfon

- Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia (1)
- És capaç de marcar bé alguns números familiars (1)
- És capaç de contestar el telèfon, però no de marcar (1)
- No és capaç d'usar el telèfon (0)

#### Comprar

- Fa totes les compres necessàries amb independència (1)
- Fa petites compres amb independència (0)
- Necessita anar acompanyat per fer qualsevol compra (0)
- És totalment incapaç d'anar a comprar (0)

#### Preparació del menjar

- Organitza, prepara i serveix els menjars tot sol adequadament (1)
- Prepara adequadament els menjars si se li proporcionen els ingredients (0)
- Prepara, escalfa i serveix els menjars, però no segueix una dieta adequada (0)
- Necessita que li preparin i li serveixin els menjars (0)

#### Cura de la casa

- Manté la casa tot sol o amb ajuda ocasional (per fer treballs pesats) (1)
- Acompleix tasques lleugeres, com rentar els plats o fer els llits (1)
- Acompleix tasques lleugeres, però no pot mantenir un nivell de neteja adequat (1)
- Necessita ajuda en totes les feines de casa (0)
- No participa en cap feina de casa (0)

#### Rentar la roba

- Es renta tota la roba d'ús personal (1)
- Renta les peces petites (1)
- Necessita algú que s'ocupi de fer la bugada (0)

#### Ús de mitjans de transport

- Va tot sol en transport públic o condueix el seu propi cotxe (1)
- És capaç d'agafar un taxi, però no fa servir cap altre mitjà de transport (1)
- Va en transport públic quan va acompanyat d'una altra persona (1)
- Només utilitza el taxi o l'automòbil si l'ajuden (0)

- No viatja (0)

### **Responsabilitat respecte a la seva medicació**

- És capaç de prendre la seva medicació a l'hora i en la dosi correcta (1)
- Es pren la medicació si se li prepara la dosi adequada prèviament (0)
- No és capaç d'administrar-se la medicació (0)

### **Capacitat d'organitzar els seus assumptes econòmics**

- S'encarrega tot sol dels seus assumptes econòmics (1)
- Fa les compres de cada dia, però necessita ajuda en les grans compres, anar al banc (1)
- És incapaç de fer servir els diners (0)

La informació s'obté d'un cuidador fidedigne. La màxima dependència correspondria a zero punts, i vuit punts expressarien una independència total. L'índex és més útil en dones, ja que molts homes no han fet mai algunes de les activitats que s'avaluen.

## **Annex 3**

### **Índex de Barthel**

Es puntua la informació obtinguda del cuidador principal.

#### **Activitats bàsiques de la vida diària**

Paràmetre	Situació del pacient	Puntuació
<b>Total:</b>		
Menjar	- Totalment independent	10
	- Necessita ajuda per tallar carn, pa, etc.	5
	- Dependent	0
Rentar-se	- Independent: entra i surt sol del bany	5
	- Dependent	0
Vestir-se	- Independent: capaç de posar-se i de treure's la roba, cordar-se els botons, lligar-se els cordons de les sabates	10
	- Necessita ajuda	5
	- Dependent	0
Arreglar-se	- Independent per rentar-se la cara, les mans, pentinar-se, afaitar-se, maquillar-se, etc.	5
	- Dependent	0



Paràmetre	Situació del pacient	Puntuació
Deposicions (valoreu la setmana prèvia)	- Continència normal	10
	- Ocasionalment algun episodi d'incontinència, o necessita ajuda per administrar-se supositoris o lavatives	5
	- Incontinència	0
Micció (valoreu la setmana prèvia)	- Continència normal, o és capaç de cuidar-se de la sonda si en porta una	10
	- Un episodi diari com a màxim d'incontinència, o necessita ajuda para vigilar la sonda	5
	- Incontinència	0
Usar el vàter	- Independent per anar al lavabo, treure's i posar-se la roba...	10
	- Necessita ajuda per anar al vàter, però s'eixuga sol	5
	- Dependent	0
Traslladar-se	- Independent per anar de la butaca al llit	15
	- Mínima ajuda física o supervisió per fer-ho	10
	- Necessita molta ajuda, però és capaç de mantenir-se assegut tot sol	5
	- Dependent	0
Deambular	- Independent, camina tot sol 50 metres	15
	- Necessita ajuda física o supervisió per caminar 50 metres	10
	- Independent en cadira de rodes sense ajuda	5
	- Dependent	0
Esglaons	- Independent per pujar i baixar escales	10
	- Necessita ajuda física o supervisió per fer-ho	5
	- Dependent	0

Màxima puntuació: 100 punts (90 si va en cadira de rodes)

Resultat	Grau de dependència
< 20	Total
20-35	Greu
40-55	Moderat
≥ 60	Lleu
100	Independent

## Annex 4

### Escala de Braden-Bergstrom

S'utilitzarà les primeres 24 h des de l'ingrés del pacient per avaluar el risc de patir úlcera per pressió (UPP).

RISC D'UPP						
BRADEN-BERGSTROM < 13 = RISC ALT						
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RISC MODERAT						
BRADEN-BERGSTROM > 14 = RISC BAIX						
	Percepció sensorial	Exposició a la humitat	Activitat	Mobilitat	Nutrició	Risc de lesions cutànies
1	Completament limitada	Constantment humit	Enllitat	Completament immòbil	Molt pobre	Problema
2	Molt limitada	Humit amb freqüència	En cadira	Molt limitada	Probablement inadequada	Problema potencial
3	Lleugerament limitada	Ocasionalment humit	Deambula ocasionalment	Lleugerament limitada	Adequada	No existeix cap problema aparent
4	Sense limitacions	Rarament humit	Deambula freqüentment	Sense limitacions	Excel·lent	

### Revaluació del risc d'UPP

Es durà a terme amb la periodicitat següent:

RISC D'UPP	REVALUACIÓ EN DIES
BRADEN-BERGSTROM < 13 = RISC ALT	1
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RISC MODERAT	3
BRADEN-BERGSTROM > 14 = RISC BAIX	7

## Referències bibliogràfiques

Conselleria de Salut i Consum (2007). *Encuesta de salud de las Illes Balears*.

Ferrán, M.; Marzo, M. (2006). «Impacto del envejecimiento de la población en la actividad de los centros de salud». *Formación Médica Continuada*. 13:189-92.

González Montalvo, J. I. (2003). «Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes». 5.778-85. Vol. 08. Núm. 108.

Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. *Pla de salut de les Illes Balears 2003-2007*.

Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Servei de Salut (2008). *Prevenió i tractament de les úlceres per pressió*.

Grupo de Trabajo de Atención Primaria al Mayor de la SEMFYC (2010). *Atención a las personas mayores desde la atención primaria*. Barcelona.

Guía de Actuación en Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: semFYC; 2006. Ham, C. (2005). «Lost in translation? Health systems in the US and the UK». *Social Policy and Administration*. 39:192-209.

IB-Salut. Gerencia d'Atenció Primària de Mallorca (2005). *Protocol d'educació grupal per a cuidadores*.

INSALUD. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (2000). *Programa de atención al anciano*.

Lázaro del Nogal M. Indicadores sanitarios en geriatría XXI. Madrid: Editores Médicos, 2000.

Martin, I. (2006). *Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificación de cuidados en la atención primaria*. Madrid. Informe Portal Mayores, núm. 44.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Taking action at local level: a resource for improving health and well being in mid-life*. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Proupín, N.; Lorenzo, A.; Valeiras, M. R.; Alvarez, L.; Segade, J. (2007). «Propuesta de cribado de la presbiacusia en una consulta de atención primaria». *Atención Primaria*. 39:35-40.

Ramón, I.; Alonso, J.; Subirats, E.; Yanez, A.; Santed, R.; Pujol, R. (2006). «El lugar del fallecimiento de las personas ancianas en Cataluña». *Rev. Clin. Esp.* 549-55.

Soldevilla, J.J. Et al. Estudio nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. *Gerokomos* 2006 ; 17 (3)

Vacas, E.; Cassellà, I.; Sánchez, M.; Pujol, A.; Pallarés, M. C. (2009). «Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero». *Atención Primaria.* 41:269-74.

Zurro, M. (2008). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.* 6a ed. Elsevier.

## Autores

### MONTSERRAT LLORT BOVÉ

Es va llicenciar en Medicina a la Universitat de Barcelona l'any 1993. És especialista en Medicina Familiar y Comunitària. Exerceix com a metge de família des del 1999. És coordinadora del Centre de Salut de Son Pisà, Palma de Mallorca, desde 2007.

### ANA M. URÉNDEZ RUIZ

Es va diplomar en Infermeria el 1996 a la Universitat de Granada. Treballa com a infermera d'atenció primària des de l'any 1999 i és membre del Grup de Treball de Malalties Respiratòries de la SEMFYC (Societat Espanyola de Medician Familiar i Comunitària). També és responsable d'Infermeria del centre de Salut de Son Pisà des del 2007.

**ATENCIÓ A L'ENVELLIMENT  
EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT  
DE MALLORCA**

---

# **Atenció a l'envelliment en l'atenció primària de salut de Mallorca**

Jerònia Miralles Xamena  
Clara Vidal Thomàs

## Resum

La proporció de persones grans va augmentant de manera constant a Europa. L'envelliment de la població, però especialment el sobreenvelliment, porta inherent un augment dels problemes de salut crònics, els quals, en molts de casos, desemboquen en una situació de dependència i incapacitat, i requereixen una gran necessitat de recursos sanitaris i socials. A les Illes Balears, l'any 2010, l'índex d'envelliment era d'un 13,7% (proporció de persones que tenen 65 anys o més) i el de sobreenvelliment era d'un 6,54% (proporció de persones que tenen 75 anys o més).

Un dels recursos més utilitzats per aquest grup de població és l'atenció primària. De totes les consultes dispensades als centres de salut, un 28% de les ateses a través d'atenció primària corresponen al grup de seixanta-cinc anys o de més edat, amb una freqüentació d'una vintena de visites l'any.

L'oferta de serveis de l'atenció primària a aquest grup d'edat és molt variada i comprèn des d'atenció a patologies agudes, cròniques, atenció urgent, atenció domiciliària, educació per a la salut, oferta de proves complementàries, aplicació de tècniques, programes de deshabitació, etc., fins a programes més específics per a grups de població concrets.

L'atenció primària de salut de Mallorca ofereix programes específics per a la gent gran com són: el programa d'atenció a l'ancià, programa d'atenció domiciliària, programa d'educació per a la salut als cuidadors, i altres programes de suport (com l'Equip de Suport d'Atenció Domiciliària, la infermera gestora de casos, etc.).

## Resumen

La proporción de personas mayores va aumentando de manera constante en Europa. El envejecimiento de la población, pero especialmente el sobreenvjecimiento, lleva inherente un aumento de los problemas de salud crónicos, los cuales, en muchos casos, llevan hacia una situación de dependencia e incapacidad, y requieren una gran cantidad de recursos sanitarios y sociales. En las Islas Baleares, el año 2010, el índice de envejecimiento era de un 13.7% (proporción de personas que tienen 75 años o más) y el de sobreenvjecimiento era de un 6,54% (proporción de personas que tienen 75 años o más).

Uno de los recursos más utilizados por este grupo de población es la atención primaria. De todas las consultas dispensadas en los centros de salud, un 28% de las atendidas a través de atención primaria corresponden al grupo de sesenta y cinco años o más de edad, con una frecuencia de veinte visitas al año.



La oferta de servicios de atención primaria en este grupo de edad es muy variada y comprende desde la atención a patologías agudas, crónicas, atención urgente, atención domiciliaria, educación para la salud, oferta de pruebas complementarias, aplicación de técnicas, programas de deshabitación, etc., hasta programas más específicos para grupos de población concretos.

La atención primaria de salud de Mallorca ofrece programas específicos para las personas mayores como son: el programa de atención para el anciano, programa de atención domiciliaria, programa de educación para la salud, y otros programas de soporte (como el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria, la enfermera gestora de casos, etc.).

---

## 1. Introducció

Les persones grans conformen una proporció important del nombre de pacients atesos als centres de salut d'atenció primària, que augmenta a mesura que l'esperança de vida és més llarga, la població envellaix i les malalties cròniques són més prevalents.

L'esperança de vida ha augmentat considerablement a Europa les darreres dècades. A Espanya, el 2009, era de 78,5 anys per als homes i de 84,5 anys per a les dones. La proporció de persones grans al si de la població general ha augmentat de manera constant a molts de països europeus i està previst que augmenti encara més els pròxims anys: a Europa, el nombre d'habitants de més de seixanta-cinc anys passarà d'un 17% l'any 2008 a un 30% el 2060, i d'un 4,4% a un 12,1% els de més de vuitanta anys en el mateix període.

A les Illes Balears, segons dades de l'INE, la població de l'any 2010 era de 1.095.426 habitants, un 13,7% dels quals tenien més de seixanta-cinc anys i un 6,54% en tenia més de setanta-cinc.

L'envelliment de la població, però especialment el sobreenvelliment, porta inherent un augment dels problemes de salut crònics, els quals, en molts de casos, desemboquen en una situació de dependència i incapacitat, i requereixen una gran necessitat de recursos sanitaris i socials.

Un dels recursos més utilitzats per aquest grup de població és l'atenció primària. L'atenció primària és el nivell bàsic i inicial d'atenció, que garanteix la globalitat de l'atenció al llarg de tota la vida del pacient i la continuïtat, dels cuidats, i que actua com a gestor i coordinador de casos i regulador de fluxos. Comprèn activitats de promoció de la salut, educació per a la salut, prevenció de la malaltia, assistència sanitària, manteniment i recuperació de la salut, així com la rehabilitació física i el treball social.

L'atenció primària a les Illes Balears compta amb quaranta-cinc centres de salut a Mallorca, cinc a Menorca i sis a Eivissa i Formentera. Donen cobertura a tota la població, bàsicament amb consultes de medicina i d'infermeria, tant les programades com les urgents, al centre de salut i al domicili del pacient. De totes les consultes dispensades, un 28% de les ateses a través d'atenció primària corresponen al grup de més edat o de seixanta-cinc anys, amb una freqüentació d'una vintena de visites a l'any.

L'oferta de serveis de l'atenció primària a aquest grup d'edat és molt variada i comprèn des d'atenció a patologies agudes, cròniques, atenció urgent, atenció domiciliària, educació per a la salut, oferta de proves complementàries, aplicació de tècniques, programes de deshabitació, etc., fins a programes més específics per grups de població concrets.

A continuació, ens centrarem a explicar els programes específics que oferim per a la gent gran, així com els indicadors respectius més rellevants.

És important destacar que totes les dades que presentarem en aquest capítol han estat extretes pel Sistema d'Informació Sanitària de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.

## 2. Activitats relacionades amb l'atenció a l'envelliment en l'atenció primària de Mallorca

### 2.1. Programa d'atenció a l'ancià

Aquest programa va ser instaurat als centres de salut de Mallorca l'any 2000. La implantació d'un programa específic d'atenció a l'ancià en l'àmbit de l'atenció primària és un dels instruments necessaris i més eficients que poden contribuir en bona mesura a satisfer les necessitats de salut de les persones de setanta-cinc o més anys d'edat, utilitzant els recursos existents de manera racional.

L'atenció a l'ancià ha de ser integral i des del prisma biopsicosocial. Ha de fer especial incidència en la bona coordinació entre l'atenció primària, l'especialitzada i els serveis socials per poder arribar amb més facilitat a tots els recursos existents.

#### 2.1.1. Població diana

Està constituïda per totes les persones de setanta-cinc anys o més que viuen a Mallorca. Segons les dades de la TSI, la població a Mallorca l'any 2010 era de 816.355 habitants, un 14,58% de seixanta-cinc o més anys i 7,54%, de setanta-cinc o més anys d'edat.

A la taula següent podem observar les distribucions per sexe i els índexs d'envelliment i de sobreenvelliment. El percentatge de dones sempre és superior al d'homes.

	Població total	≥65 anys	Índex d'envelliment
Homes	402.586	50.901	12,44%
Dones	413.769	68.185	16,47%
Total	816.355	119.086	14,58%

	Població total	≥75 anys	Índex de sobreenvelliment
Homes	402.586	23.694	5,88%
Dones	413.769	37.917	9,16%
Total	816.355	119.086	7,54%

### 2.1.2. Objectius del Programa d'atenció a l'ancià

L'objectiu general del programa és millorar l'estat de salut i la qualitat de vida de les persones de setanta-cinc o més anys.

Els objectius específics son:

- Augmentar la captació en el programa d'ancians de risc
- Augmentar la proporció d'ancians amb estils de vida saludables
- Reduir les situacions que augmenten el risc de malaltia, les complicacions i les seqüeles de les malalties agudes i cròniques de l'ancià
- Disminuir la incidència d'accidents i de caigudes d'ancians
- Reduir la incidència de malalties vacunables (fonamentalment, tètanus i grip)
- Disminuir la proporció d'ancians amb incapacitat funcional, mental o social secundària que deriven en malalties cròniques
- Disminuir la proporció d'hospitalitzacions d'ancians i de reingressos innecessaris
- Reduir els efectes iatrogènics derivats de l'ús inadequat de medicaments en ancians i de la prescripció incorrecta
- Augmentar la proporció d'ancians que reben atenció continuada en els centres d'atenció primària, així com el nombre de cuidadors informals
- Reduir les claudicacions del cuidador
- Contribuir a disminuir el nombre d'ancians institucionalitzats (si no és necessari)

## 2.1.3. Activitats del Programa d'atenció a l'ancià

### 2.1.3.1. Captació del Programa d'atenció a l'ancià

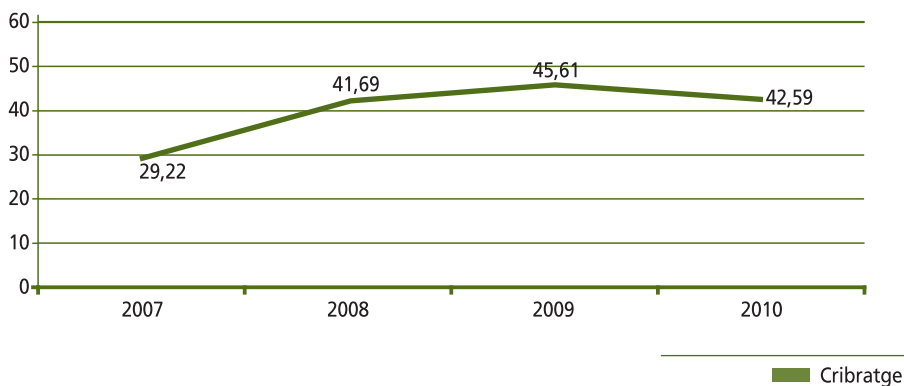
La captació és la primera activitat bàsica del programa. La pot dur a terme qualsevol membre de l'equip del centre de salut, ja sigui el metge, la infermera o el treballador social.

La captació consisteix a identificar les persones de setanta-cinc o més anys i classificar-les seguint el qüestionari de Barber, amb ancià de risc o no. El qüestionari de Barber el començaren a emprar a Anglaterra a principi de la dècada dels vuitanta per detectar els ancians amb risc de dependència. És el qüestionari més emprat a Espanya per seleccionar els ancians amb risc en general. Ha estat difós àmpliament en l'atenció primària per incloure'l en la majoria de contractes de gestió dels equips a moltes comunitats autònomes. Aplicar el Barber permet establir activitats assistencials sistematitzades adreçades a la gent gran. En el cas de persones que n'obtinguin un resultat positiu, els fan un abordatge multidimensional i multidisciplinari.

Actualment, hom en discuteix el valor a l'hora de destriar els ancians fràgils, ja que han sorgit propostes que podrien ser considerades més endavant.

El percentatge de cribratge per a les persones de setanta-cinc o més anys ha augmentat els darrers anys; així, ha passat del 29,22% al 42% en quatre anys (gràfic 1).

**Gràfic 1** | *Percentatge d'ancians amb un test de Barber aplicat els dos darrers anys*



Ens trobam amb un nombre elevat d'ancians de risc. Del total de tests aplicats a les persones de setanta-cinc o més anys, el 66,49% són ancians de risc (vegeu el gràfic 2).

**Gràfic 2** | *Classificació de l'ancià segons el resultat obtingut al test Barber. De risc, si el test Barber > 0 = a 1. Sense risc, si el test Barber > 0 a 1. Illes Balears, any 2010*



La importància de la classificació determina en certa manera el tipus d'activitat de seguiment que farem amb l'ancià i la seva família, especialment amb el cuidador.

### 2.1.3.2. Valoració del Programa d'atenció a l'ancià

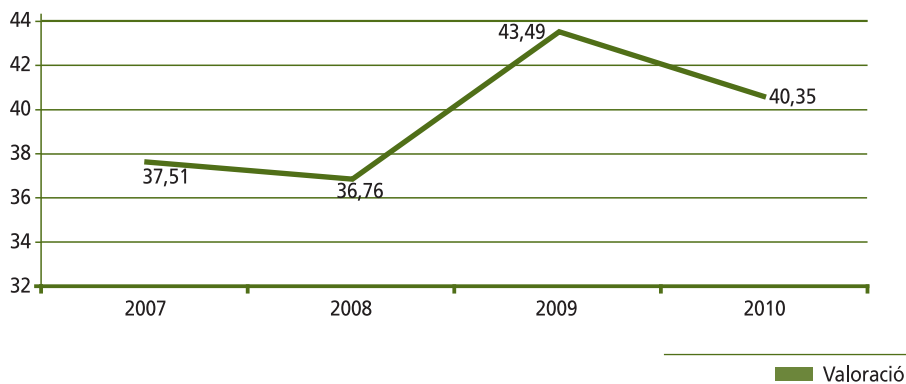
L'objectiu principal de la valoració integral és poder dissenyar el Pla d'actuació del pacient, és a dir, identificar-hi aquells problemes susceptibles de ser atesos pels serveis sanitaris i socials disponibles, en els quals és inclòs el pla específic de cada un dels professionals que l'atenen: metge, infermera i treballador social, així com la coordinació amb els Serveis Socials, altres recursos comunitaris i altres nivells assistencials.

Inclou la valoració clínica, funcional, mental, social i la càrrega de la persona cuidadora principal. Encara que l'atenció a l'ancià la duen a terme tots els professionals del centre, la infermera és la proveïdora principal dels cuidats.

La infermera valora el nivell de dependència de l'ancià, especialment dels ancians de risc, per poder fer una intervenció precoç i avalua la capacitat que té el pacient per fer les activitats bàsiques de la vida diària. La seva mesura és important, ja que són el detector principal de resultats importants: mortalitat, utilització de serveis sanitaris i institucionalització, incidència de malalties agudes, caigudes i lesions, i deteriorament de la capacitat funcional. La majoria dels instruments de les activitats de la vida diària inclouen ítems d'activitats d'autocures i de mobilitat. El que actualment utilitzam amb el programa d'atenció a l'ancià és l'índex de Barthel (IB). A la versió de Baztán et al., està constituït per deu ítems que avaluen la capacitat per menjar, moure's de la cadira al llit i tornar, fer la higiene personal, anar al vàter, rentar-se, desplaçar-se, pujar les escales i baixar-les, vestir-se, control intestinal i urinari. La puntuació oscil·la de 0 (totalment dependent) a 100 (completament independent). L'IB està associat a la mortalitat, institucionalització, utilització de serveis socio-sanitaris, als resultats funcionals, als indicadors de millora funcional i a les caigudes.

El 2010 el nombre d'ancians de risc amb un registre d'índex de Barthel i almenys un registre de l'escala de Lawton i Brody és de 40,35%. Encara que el darrer any ha disminuït lleugerament, tendeix a augmentar. Vegeu el gràfic següent:

**Gràfic 3** | *Percentatge d'ancians de risc amb al menys un registre d'índex de Barthel i un altre de l'escala de Lawton i Brody*



L'índex de Barthel és suficient per detectar si hi ha problemes a l'hora de fer les AVD; a més, és el que ha estat emprat per la majoria de registres, ja siguin socio-sanitaris o hospitalaris.

**Gràfic 4** | *Percentatge d'ancians de risc, segons el resultat de l'índex de Barthel*



Paral·lelament, l'escala de Lawton i Brody aporta informació complementària, ja que informa de la capacitat de la persona per fer activitats instrumentals de la vida diària. Al gràfic següent veiem els resultats de l'índex de Lawton i Brody dels ancians de risc.

**Gràfic 5** | *Percentatge d'ancians de risc, segons el resultat de l'índex de Lawton i Brody*

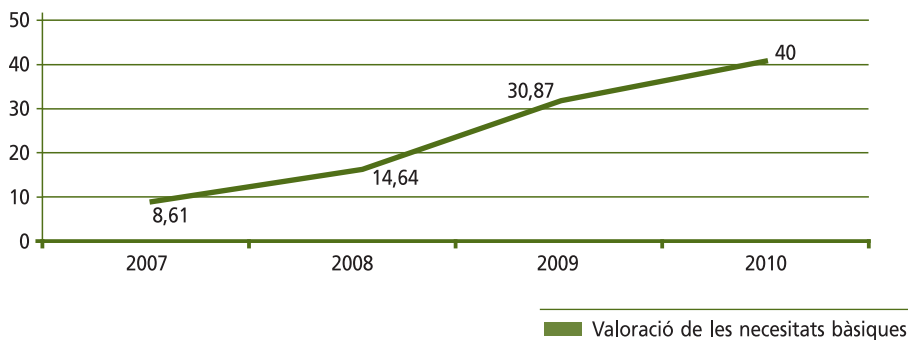


La infermera fa la valoració per necessitats bàsiques seguint el model de Virginia Henderson. Hem de tenir en compte que inclou la valoració funcional i aspectes de valoració mental i social.

Les necessitats que han de ser valorades són: respirar, menjar i beure, eliminar, moure's, dormir i descansar, vestir-se i desvestir-se, mantenir la temperatura, higiene, evitar perills, comunicar-se, valors i creences, realització, activitats recreatives i aprendre.

A l'atenció primària, consideram que és una bona praxis valorar les necessitats bàsiques dels ancians de risc per poder aplicar-los una intervenció ben dirigida. És per això que els ancians de risc han de tenir un registre de la valoració de les necessitats bàsiques durant el darrer any. El percentatge de l'any 2010 és d'un 40%, molt superior al de l'any 2007 (8,61%) (gràfic 6).

**Gràfic 6** | *Percentatge d'ancians de risc amb registre d'alteració positiu o negatiu de les necessitats bàsiques establertes*



Des les dotze necessitats bàsiques, consideram prioritària la valoració de cinc, l'any 2010. El resultat, de més a menys, de les més alterades en els ancians de risc és el següent: necessitat d'alimentació, d'eliminació, de moure's, d'higiene i d'evitar perills.

### 2.1.3.3. Pla d'actuació del programa d'atenció a l'ancià

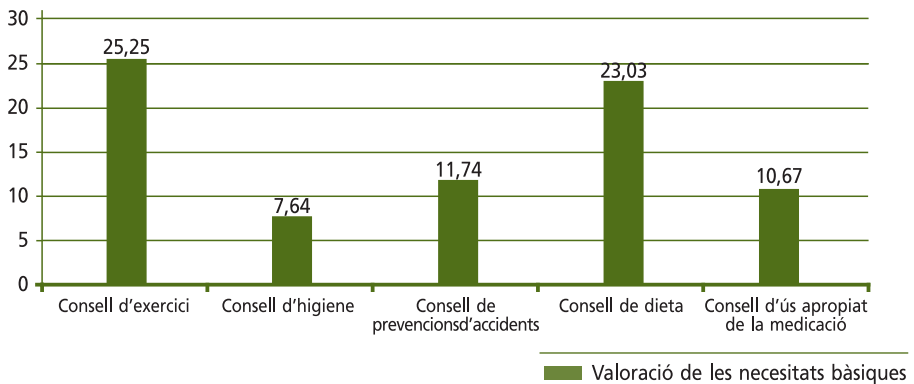
Després de la valoració, diagnosticam els problemes de salut, tant des del punt de vista clínic, com funcional, mental i social, i planificam un pla d'actuació.

De tots els ancians de risc que hem valorat, un 13,8% presenta alguna suplència, és a dir, necessita ajuda per fer alguna de les activitats de la vida diària.

El conjunt de necessitats i problemes identificats en la valoració d'infermeria conformen la base del pla de cures.

Encara que el pla de cures inclòs en la història clínica informatitzada és molt recent i com que no en podem extreure resultats que ens informin sobre el conjunt dels ancians, sí que podem analitzar els consells que els han donat.

**Gràfic 7 |** *Percentatge dels consells de salut donats als ancians de risc*



## 2.2. Programa d'atenció domiciliària

Tots els centres de salut d'atenció primària inclouen l'atenció domiciliària en la cartera de serveis, tant la urgent com la programada.



L'atenció domiciliària programada s'oferta a totes les persones que requereixen atenció sanitària per millorar la qualitat de vida i que no es poden desplaçar per si mateixes al centre de salut. En concret:

- Persones grans fràgils, amb nivells de dependència diversos (vulnerables, amb pluripatologia, patologia crònica avançada, persones que viuen soles, estat cognitiu deteriorat, etc.)
- Persones que, per les seves característiques físiques, de l'entorn i, en general, per la seva situació sociosanitària, requereixen suport a domicili (aïllament social, edat avançada, dèficit d'autonomia, barreres arquitectòniques o altres mancances)
- Persones que necessiten més d'un mes d'atenció després d'haver rebut l'alta hospitalària, a conseqüència de traumatismes, cirurgia, grau de dependència moderat, tractaments o teràpia de rehabilitació
- Persones en situació terminal que necessiten cures pal·liatives
- Infants i adolescents amb qualque discapacitat que els dificulti el desplaçament
- Cuidadors principals de les persones descrites anteriorment

En l'àmbit domiciliari, són molt importants els equips d'atenció primària, ja que, per la situació, la formació i les característiques que tenen, es converteixen en elements clau de l'atenció i en el vertader eix dels serveis que han de ser prestats. La longitudinalitat en l'atenció, la continuïtat en les cures i l'esment en l'esfera biopsicosocial que va implícita en l'atenció primària de salut esdevenen elements imprescindibles per garantir una atenció de qualitat.

Els equips d'atenció primària desenvolupen la seva tasca aplicant criteris d'atenció integral. Són el nucli d'informació privilegiat i han de ser l'element clau de la coordinació dels recursos i de coordinació amb els diversos recursos dels serveis socials.

L'atenció primària és el servei sanitari més pròxim a la població i és el que assumeix l'atenció de les persones tota la vida. En l'atenció primària, és on cal desenvolupar el màxim d'estratègies per promoure l'autonomia i atendre les persones que l'han perduda. Els serveis sanitaris d'atenció primària coneixen els seus usuaris; a més, poden ajudar a prevenir situacions que podrien arribar a ser complexes i que comporten un grau de patiment elevat per a les persones i els seus cuidadors. Si volem millorar la qualitat de vida i l'atenció d'aquest col·lectiu, la manera d'arribar a més persones i de tenir-hi més impacte és millorar l'atenció que reben dels serveis d'atenció primària, tant als centres de salut com a ca seva.

En l'atenció primària, cal fomentar dues vies d'atenció: una visió de promoció i prevenció de problemes a les poblacions més vulnerables (persones grans mitjançant el programa d'atenció a l'ancià) i un altre vessant dedicat a atendre les persones que ja tenen problemes i que viuen en situació de dependència, fent esment sobretot al programa d'atenció domiciliària i al protocol d'educació a cuidadors. És important incloure la persona cuidadora com una part més del procés d'atenció a domicili (formació dels cuidadors, tant individual com grupal).

Tots els països europeus tenen unes característiques (demogràfiques, socials, tecnològiques, epidemiològiques i polítiques) comunes que influeixen tant en l'oferta de l'**atenció domiciliària** com en la demanda:

- Desintegració del grup familiar tradicional
- Més mobilitat a tot Europa (joves més enfora de la família)
- Disminució de les taxes de fecunditat (menys població jove)
- Augment del nombre de dones en el mercat laboral; això no és cap problema en si mateix, però sí que hi torna des del moment que assumeixen la responsabilitat de tenir cura del familiar en detriment dels homes
- Polítiques per retardar la jubilació
- més consciència que l'atenció i el tractament poden ser rebuts al domicili, si augmenten els serveis, en lloc de rebre'ls en institucions
- Innovacions tecnològiques que poden complementar les atencions al domicili i millorar-les
- Augment de les expectatives dels ciutadans i de fer-se sentir
- Diversitat multicultural
- Preocupació per l'augment de la despesa pública associada a l'envelliment de la població (pensions i augment de la despesa mèdica)

Tots aquests factors augmenten la probabilitat que avui en dia i les generacions futures que necessitaran atenció addicional al domicili no l'hagin de rebre dels familiars. Aquest aspecte representa una gran responsabilitat política, ja que haurà de potenciar una dotació adequada de recursos al domicili que ajudi la família.

Els serveis sanitaris i socials han d'estar adaptats a la cronicitat, a l'envelliment i a la dependència d'una part significativa de la població, la qual cosa requereix determinar millores en l'organització i en les pràctiques professionals.

Per tant, l'atenció domiciliària és considerada una solució no solament per beneficiar la salut, sinó també per disminuir la despesa pública, i perquè ha quedat demostrat que l'atenció domiciliària és més eficaç i eficient que la institucional.

L'atenció domiciliària és una modalitat assistencial adreçada a aquelles persones que, per la seva situació de salut o per problemes socio-sanitaris, requereixen cures al domicili, temporalment o permanentment. Els destinataris són persones que no poden acudir al centre de salut, que tenen dificultats per desplaçar-se i no poden acudir-hi per si mateixos.

A tot Europa, l'atenció domiciliària té una varietat de proveïdors que inclou una combinació de personal professional i no professional, tenint en compte infermeres, terapeutes, auxiliars d'atenció domiciliària, treballadors socials, metges, dietistes, mestresses de casa, voluntaris i altres, i, per tant, una àmplia varietat de serveis.

Si bé és veritat que hem de millorar les xifres de cobertura, en general, els darrers anys l'atenció domiciliària ha millorat. Destacam les novetats següents:

- Estandardització de la pràctica. Tendència general a aplicar escales de valoració validades i protocols o guies. Ha estat instaurada la gestió per processos (mapa de processos d'atenció domiciliària).
- Diferent enfocament de l'atenció. Ara ja no està orientat exclusivament a la malaltia, sinó que de cada vegada se centra més en els problemes que generen dependència i en la capacitat d'autocura del pacient i de la família.
- Increment del nivell tecnològic dels serveis. Hi ha tecnologies que estaven reservades a l'hospital i que ara són transferides al domicili: ventiloteràpia, nutrició parenteral, etc.
- Desenvolupament d'estructures complementàries per a l'atenció domiciliària (ESAD).
- Sistemes de gestió orientats a garantir la continuïtat assistencial (millora de la coordinació entre els nivells).
- Inclusió de l'atenció domiciliària com a indicador prioritari en la cartera de serveis.
- Incorporació de la figura de la infermera d'enllaç com a element de coordinació per millorar la cobertura de l'atenció domiciliària i la qualitat.

Per poder fer les activitats del Programa d'atenció domiciliària amb qualitat és imprescindible treballar en equip. Les activitats del programa han d'estar adreçades a assolir els objectius específics establerts per a cada pacient i el seu cuidador, i incloure activitats de prevenció i promoció de la salut, assistencials i rehabilitadores.

A Mallorca, hem passat d'una cobertura d'atenció domiciliària d'un 2% de persones de més de seixanta-cinc anys el 2007 a un 5,8% el 2010. La prevalença esperada en atenció domiciliària a les Balears és d'un 14% per a les persones de seixanta-cinc o més anys i d'un 6,5% per a les de setanta-cinc o més anys.

A la taula següent mostrem els domicilis on han treballat tots els professionals durant l'any 2010 i on viuen persones grans o de seixanta-cinc anys.

Total visites a domicilis ≥ 65a.	Visites domiciliars urgents ≥ 65a.	Visites domiciliars concertades ≥ 65a.	Total de visites domiciliars	Població gran de 65 a. o major
132.484	8.045	143.538	176.542	119.086

En l'atenció domiciliària hem de tenir en compte, però, uns quants actors: l'equip de salut d'atenció primària, els Serveis Socials i d'Atenció a la Dependència i la persona cuidadora. Per això, el Programa d'atenció domiciliària defineix els objectius per a la persona cuidada i també per a la/les persona/es cuidadora/es.

### 2.3. Atenció a la persona cuidadora

Una part molt important de l'atenció a les persones en situació de dependència no és duita a terme pel sistema formal, pels serveis socials i sanitaris, sinó que és assumit per les persones amb vincles afectius o familiars, les quals denomina persones cuidadores. Habitualment, hi ha una persona que duu el pes de la coordinació de les cures, la qual és denominada cuidadora principal. Aquesta o aquestes persones assumeixen la part més important de les cures i resolen la majoria de les situacions; per tant, els hem de facilitar la seva tasca tant com sigui possible. Hom ha de fer intervencions perquè la persona en situació de dependència pugui estar a ca seva o en l'entorn habitual, i cal ajudar la persona cuidadora a fer la seva tasca, per exemple, evitant-li molèsties innecessàries i millorant l'eficiència de les intervencions del sistema formal (social i sanitari), coordinant les actuacions de totes les persones i entitats que d'una manera o una altra participen en l'atenció a la persona en situació de dependència.

Històricament, la persona cuidadora ha proporcionat la major part de l'atenció i continua sent el proveïdor principal d'atencions a la llar.

Alhora, i a causa sobretot dels canvis que experimenten les estructures familiars i dels canvis socials, han començat a sorgir treballadors a domicili més o menys qualificats per tenir cura de les persones en situació de dependència. Els darrers anys, les persones immigrades, fonamentalment les dones, han exercit aquesta tasca de tenir cura de la persona gran des de la llar i han suplert, i/o de vegades complementat, la feina que fan les persones que hi tenen un vincle afectiu o familiar. Actualment, els governs implementen programes de formació acreditada per garantir que les persones que cuiden ho facin d'una manera adient i amb qualitat.

La Llei 39/2006 defineix el concepte d'atencions o cures no professionals com l'atenció prestada a persones en situació de dependència al seu domicili, per persones de la família o del seu entorn, no vinculades a un servei d'atenció professionalitzada. Aquesta llei, a més, preveu la formació bàsica i permanent de professionals i cuidadors, i estableix que els poders públics han de promoure els programes i les accions formatives.

La Gerència d'Atenció Primària de Mallorca ja fa anys que va detectar que era necessari formar les persones cuidadores i fer-ho no solament de manera individual en l'atenció a domicili, sinó també en grup, pels beneficis que aporta el fet de compartir experiències, aprendre a partir del que hom fa i sap, i de reforçar la tasca de les persones cuidadores que no han estat reconegudes socialment fins fa molt poc (Llei 39/2006), per la tasca important que fan quan tenen cura de les persones en situació de dependència en el seu entorn sociofamiliar.

Les primeres experiències varen ser puntuals en alguns centres de salut i l'any 2005 aquesta feina quedà recollida en el *Protocol d'educació grupal per a les cuidadores*. A partir d'aquest document marc per als professionals dels centres de salut, han estat organitzats tallers de manera puntual.

El gener de 2010, el Servei de Salut de les Illes Balears va emprendre una línia de col·laboració per formar persones cuidadores no professionals de persones dependents amb la Direcció General de Dependència (DGD). Com a resultat, el 14 de gener de 2011 la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i la Conselleria de Salut i Consum signaren un acord de col·laboració per implementar actuacions formatives i informatives per a cuidadors no professionals. Seguiren la resolució de la Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració, de dia 10 de juny de 2010, en què queden fixats els criteris d'acreditació en matèria de formació i informació de persones cuidadores no professionals.

Els objectius d'aquesta col·laboració va ser crear un espai de coordinació per formar, capacitar i donar suport a la persona cuidadora no professional i millorar l'atenció integral a les persones cuidadores informals des dels centres d'atenció primària. Consensuaren aplicar el Protocol d'educació grupal per a les cuidadores de la Gerència d'Atenció Primària

de Mallorca com a base per formar les persones cuidadores a la comunitat autònoma i hi incorporaren una sessió sobre la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (Llei 39/2006, de 14 de desembre). Treballaren els continguts educatius del programa formatiu per adaptar-los a la normativa vigent, presentar una proposta de programa nova i editar el protocol nou els pròxims anys.

A partir d'aquest acord, començà la formació sobre el Protocol a Menorca, Eivissa i Formentera i també els tallers després d'haver fet un pilotatge a totes les illes.

La Direcció General de Dependència informà totes aquelles persones que tenien reconeguda la condició de cuidadora de persona en situació de dependència sobre l'oferta formativa existent i sobre la necessitat de millorar la seva formació per atendre en condicions millors les persones en situació de dependència que reben prestacions per atencions en l'entorn familiar.

Per tant, participa en la captació de persones cuidadores i els equips d'atenció primària, a més de captar persones cuidadores en el marc del programa d'atenció domiciliària, fan la formació que indica el protocol.

La formació està formada per un mínim de quinze hores, distribuïdes en sessions periòdiques, i la Direcció General de Dependència acredita les persones que assisteixen almenys al 80% de les sessions.

#### **Avaluació 2010: la docència del projecte comença l'octubre de 2010**

Cursos impartits a Mallorca: 4 cursos → cuidadors acreditats: 63

Cursos impartits a Menorca: 4 cursos → cuidadors acreditats: 45

Cursos impartits a Eivissa: 3 cursos → cuidadors acreditats: 45

Curs impartit a Formentera: 1 curs → cuidadors acreditats: 18

Total de cursos impartits el darrer trimestre de 2010: 12

Total de persones cuidadores acreditades el 2010: 171

Programació del primer trimestre de 2011: 13 cursos i 200 alumnes

#### **2.4. Altres programes de suport (ESAD, infermera gestora de casos, etc.)**

L'atenció domiciliària, perquè sigui realment efectiva, l'ha d'oferir un grup de professionals de disciplines diverses (medicina, infermeria i treball social) i han de treballar de manera coordinada.

L'objectiu general de la coordinació s'encamina a aconseguir que, amb els recursos existents, l'esforç dels professionals generi la màxima eficàcia i eficiència en el seu propi treball i eviti duplicitats d'actuació i confusió en el pacient i en les persones que el cuiden.

Els objectius específics de la coordinació són: millorar l'atenció a la persona, proporcionar-li atenció continuada, optimitzar els recursos, serveis i prestacions, i planificar actuacions i recursos.

La coordinació ha de ser en dos nivells:

### **Intern**

- Els professionals de l'equip implicats han d'intercanviar informació de manera continuada
- Els professionals implicats han de fer reunions periòdiques per establir el seguiment dels plans d'atenció i aplicar-lo i planificar les activitats del programa d'atenció domiciliària

### **Extern**

- Coordinació entre la xarxa d'APS i els equips de suport (ESAD, fisioteràpia domiciliària, infermera gestora de casos, etc.)
- Coordinació amb la xarxa d'atenció especialitzada: especialistes, centres sociosanitaris, hospitals, UVA, etc., a través de la infermera d'enllaç, en els casos en què n'hi hagi
- Coordinació amb els Serveis Socials d'atenció primària i especialitzats: Serveis Socials municipals, residències, centres de dia, equips d'atenció a la dependència, associacions, etc.

#### **2.4.1. L'equip de suport de l'atenció domiciliària (ESAD)**

L'Equip de Suport d'Atenció Domiciliària va néixer com a equip de suport a l'atenció domiciliària que duen a terme els professionals dels centres d'atenció primària de Mallorca. El seu àmbit d'actuació és tota l'Àrea de Salut de Mallorca.

El formen un equip multidisciplinari de professionals i està ubicat a l'Hospital General. Actualment, està constituït per cinc metges, cinc infermeres, un psicòleg i un administratiu. La dependència funcional d'aquest equip és de la Gerència d'Atenció Primària. A més, hi treballa un infermer de GESMA per desenvolupar el Programa RESC (atenció a pacients respiratoris crònics).

Les funcions de l'ESAD, segons el BOIB núm. 153/2002, de 21 de desembre, són les següents:

- Suport i assessorament als professionals de l'atenció primària per a l'atenció domiciliària de pacients terminals i/o amb limitació funcional i/o immobilitzats complexos
- Intervenció assistencial directa en els casos necessaris, d'acord amb els professionals de l'atenció primària

- Informació i educació sanitària dels pacients als quals apliquin aquest programa i dels cuidadors o dels familiars que els atenguin
- Coresponsabilitat amb la informació clínica de l'atenció primària del pacient, juntament amb el metge de família, que continua sent el responsable de l'atenció sanitària domiciliària del pacient
- Coresponsabilitat amb la informació clínica sociosanitària del pacient, juntament amb el metge responsable del centre, que continua sent l'encarregat de l'atenció sanitària durant l'ingrés del pacient
- Docència i recerca d'acord amb el desenvolupament de les seves activitats
- Complementació dels documents oficials que derivin de l'assistència sanitària prestada i tramitació
- Tasques de docència específiques per als professionals de l'atenció primària, dels centres sociosanitaris i per als qui s'estan formant
- Col·laboració en l'atenció als pacients ingressats als centres sociosanitaris
- Valoració integral de pacients i gestió de llits i recursos
- Tasques que siguin acordades per criteris de planificació sanitària

L'ESAD disposa de quatre vehicles per a l'assistència domiciliària.

### Activitat assistencial ESAD

A continuació detallam l'activitat assistencial de l'ESAD segons consta a la memòria de 2010:

- Nombre total de pacients visitats ..... 963
- Casos tancats. .... 688
- Mitjana d'edat (casos tancats) ..... 72,8 anys
- Mitjana d'edat (casos tancats) ..... 75 anys
- Distribució per sexes (casos tancats):
  - o Homes ..... 56,1 %
  - o Dones ..... 43,9 %



– Tipus de pacient:	
○ Pacients oncològics terminals . . . . .	620
○ Pacients no oncològics terminals . . . . .	67
○ Familiars . . . . .	1
– Pacients no oncològics terminals per tipus de patologia:	
○ Neurològica . . . . .	47,8 %
○ Pluripatològic . . . . .	16,4 %
○ Cardíaca . . . . .	13,4 %
○ MPOC . . . . .	7,4 %
○ Digestiva . . . . .	4,9 %
○ Nefrològica . . . . .	4,9 %
○ Sida . . . . .	1,6 %
○ Trastorn mental . . . . .	1,6 %
– Procedència de la demanda:	
○ Atenció primària . . . . .	18,5 %
○ Hospitals . . . . .	70,2 %
○ Sociosanitari . . . . .	7,4 %
○ Altres . . . . .	3,8 %
○ ESAD . . . . .	0,1 %
– Sortida del programa:	
○ Èxitus . . . . .	653
○ Altres . . . . .	35*

\* Millora clínica, canvi de domicili...

– Lloc de l'èxitus:	
○ Hospital:	
– Palma . . . . .	72,3 %
– Pobles . . . . .	54,6 %
○ Domicili:	
– Palma . . . . .	27,7 %
– Pobles . . . . .	45,4 %
– Visites domiciliàries:	
○ Programades . . . . .	2.402
○ A demanda . . . . .	377
○ Total . . . . .	2.779

- Consultes telefòniques:
  - Domicilis . . . . . 10.564
  - Hospitals . . . . . 1.327
  - Consultes sanitàries . . . . . 448
  - Gestió . . . . . 1.924
  - Total . . . . . 17.169
  
- Activitat del psicòleg:
  - Nombre total de visites . . . . . 442
  - Nombre de visites a centres de salut. . . . . 193
    - Son Pisà . . . . . 66
    - Pere Garau . . . . . 44
    - Portocristo . . . . . 49
    - Inca . . . . . 34

L'ESAD coordina les derivacions als hospitals de dia geriàtrics (Creu Roja i Sant Joan de Déu) des de l'àmbit de l'atenció primària i dels hospitals d'aguts. L'any 2010 tramità 312 peticions. La procedència de la demanda va ser una mica més elevada de l'hospital [168 (53,8 %)] que de l'atenció primària [144 (46,2 %)]; la destinació dels pacients fou la Creu Roja (51,9 %) i, la resta, Sant Joan de Déu (48,1 %); la majoria dels motius varen ser per rehabilitació [248 (79,5 %)], a més d'altres [53 (17,0 %)], i per la situació social [11 (3,5 %)]. Quant a la situació dels pacients, podem observar les freqüències següents:

- En tractament . . . . . 95 (30,4 %)
- Tractament denegat. . . . . 15 ( 4,8 %)
- En espera burocràtica . . . . . 34 (10,9 %)
- Tractament acabat . . . . . 155 (49,7 %)
- Èxitus. . . . . 10 (3,3 %)
- Altres. . . . . 3 (0,9 %)

L'ESAD ha tramitat dotze peticions del Programa de fisioteràpia domiciliària.

#### 2.4.2. Infermera d'enllaç

La figura de la infermera d'enllaç va ser creada amb l'objectiu d'assegurar la continuïtat assistencial entre els diferents nivells del sistema i una atenció de qualitat al domicili amb un ús eficient i coordinat de tots els recursos socio-sanitaris.

La infermera d'enllaç és una infermera comunitària, que se centra en les persones en situació de dependència i en la capacitat d'autocures tant del pacient com de les persones que l'atenen i que fan front a la situació. La infermera d'enllaç ha de garantir la continuïtat

de les cures entre els diferents nivells assistencials i entre els serveis sanitaris i socials. Es coordina, per tant, amb diferents professionals i mobilitza els recursos necessaris, aspecte que millora la capacitat de resposta per garantir una atenció integral i continuada que permeti assolir els objectius marcats en el pla assistencial.

Per avaluar aquest servei nou abans de generalitzar-lo a tota la comunitat autònoma se'n féu un pilotatge de tres mesos a dues zones bàsiques de salut: Valldargent i Son Pisà, de Palma. Dia 31 desembre 2009, la població inclosa en el TSI de cada centre esmentat és de 16.155 persones, al Centre de Salut Valldargent, i 23.545 persones, al de Son Pisà. La població que té seixanta-cinc anys és de 2.779 i 2.687 persones, respectivament, xifres que representen un 17,20% i un 11,41% de la població de cada un dels centres de salut a la mateixa data. Quant a la detecció de persones grans de seixanta-cinc anys i que disposen de l'alarma d'atenció domiciliària el juny de 2010 és del 64% a ambdós centres de salut. La cobertura d'atenció a la dependència, que inclou com a mínim una valoració del grau de dependència amb un diagnòstic d'infermeria, a més de quatre visites domiciliàries a l'any, representa un 40% a Son Pisà i un 20% a Valldargent.

El pilotatge està vinculat al Programa integral al malalt pluripatològic que apliquen des de l'Hospital Universitari Son Dureta (actualment, Son Espases), amb aquestes dues ZBS.

Està adreçat a les persones incloses en aquest programa o a les candidates a ser-ho, ja que, per la seva situació de salut, necessiten una atenció específica de coordinació, valoració i seguiment durant un temps determinat. Així mateix, s'hi poden acollir les persones que tinguin una situació de dependència —segons l'índex de Barthel— menor o igual a 60 i, a més, compleixin alguna de les característiques següents: viure sol/a, tenir incontinència o bé que la persona que en té cura estigui diagnosticada amb el cansament del rol de cuidador.

Durant el període del pilotatge, hom ha fet captació activa a partir dels pacients inclosos en el Programa d'atenció domiciliària dels centres de salut i a partir de la llista de persones que tenen un índex de Barthel inferior o igual a 60.

La infermera d'enllaç ha ofert atenció a aquests pacients de manera conjunta i coordinada amb l'equip d'atenció primària corresponent.

## **Resultats del pilotatge**

### **Captació:**

Han estat revisades quaranta-quatre històries clíniques de persones incloses en Programa d'atenció domiciliària o que tenien un índex de Barthel  $\leq 60$ , un 27% (12) de les quals han

estat incloses en el programa, atès que onze patien incontinència urinària i una, segons constava en el diagnòstic, cansament del rol de cuidador.

Hi han estat acollides seixanta-set persones, trenta-sis dels quals pertanyien al centre de salut de Son Pisà i trenta-una, al de Valldargent. Els criteris d'inclusió foren: un 38,8% (26), que formaven part del Programa integral al malalt pluripatològic; un 37,3% (25), per coordinació entre els diversos àmbits assistencials (hospital sociosanitari) i serveis socials; un 14,9% (10), que tenien un Barthel  $\leq 60$ , a més de patir incontinència urinària, cansament del rol del cuidador o viure sol; un 7,5% (5), per problemàtica social, i un 1,5% (1), que formava part del Programa RESC.

Qui ha dut a terme la derivació al programa ha estat principalment l'equip d'atenció primària [37,3% (25)] i per prescripció de la infermera d'enllaç de l'hospital sociosanitari [32,8% (22)], seguit d'un 19,4% (13), que han estat captats per la infermera comunitària d'enllaç, i un 10,5% (7) per derivació dels Serveis Socials.

Els professionals han fet setanta-quatre visites a domicili, catorze visites al centre amb les persones cuidadores o la família i nou visites a alguns pacients per als quals sortir formava part del pla terapèutic.

Han fet, aproximadament, cent onze contactes telefònics amb les persones incloses en el programa o amb els professionals de la salut.

De totes les persones incloses en el programa, han fet valoracions integrals al 70% (47) i han elaborat un pla de cures al 57% (28). Han fet vint-i-dues valoracions entre les persones cuidadores de pacients inclosos en el programa, que representen un 33% del total.

De les activitats de coordinació, cal assenyalar que han concedit serveis de rehabilitació domiciliària a quatre usuaris que els requerien i han sol·licitat ajudes socials, com, per exemple, disposar de llits articulats, matalassos, etc., de vegades sense obtenir-ne recursos, tot i que els serveis sanitaris volguessin resoldre aquesta demanda.

Durant aquest temps de pilotatge, tres persones de la població incloses en el programa han ingressat a un hospital d'alt nivell, perquè havien de rebre tractament per un problema de salut agut; vuit persones han ingressat directament a un hospital sociosanitari el mateix dia de la sol·licitud, amb el benefici que comporta no requerir l'atenció del servei d'urgències, i la resta de la població del programa ha continuat rebent atenció domiciliària.

Quant a la gestió de cites, nou persones s'han afavorit de resoldre-les de manera més organitzada, s'han evitat múltiples desplaçaments i haver d'usar recursos, com ara ambulàncies; han obtingut, per tant, rapidesa en les visites i efectivitat.

Ha estat impartit, també, un taller d'educació per a la salut, en què han participat quinze cuidadores de persones en situació de dependència o fragilitat que pertanyien a aquelles dues zones de salut. El va organitzar l'equip d'infermeres del centre de salut de Son Pisà, conjuntament amb la infermera comunitària d'enllaç.

## Referències bibliogràfiques

Abellán, G.; Rolland, Y.; Bergman, H.; Morley, J. E.; Kritchevsky, S. B.; Vellas, B. (2008). «The IANA Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice». *The journal of nutrition, health & aging* 12 (núm. 1), pàg. 29-37.

Adrover, R.; Taltavull, J. M.; Vidal, C.; Moreno, M. L.; Pisà, M.; Ferrer, J. L. [et al.] (2006). *Procés d'atenció d'infermeria: Adopció del model conceptual de Virginia Henderson*. Palma: Atenció Primària de Mallorca, Govern de les Illes Balears.

Adrover, R. M. (2010). *Pla d'accions sanitàries a l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut*. Palma: Conselleria de Salut i Consum, Govern de les Illes Balears.

Adrover, R. M.; Alcantud, M. J.; Camps, M.; Cano, M.; Gómez, P.; Gomila, M. (2011). *Programa de la infermera d'enllaç al Servei de Salut de les Illes Balears*. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.

Cabañero-Martínez, M. J.; Cabrero-García, J.; Richart-Martínez, M.; Muñoz-Mendoza, C. (2008). «Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores». *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 43 (núm. 5), pàg. 271-283.

*Comisión para el desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Estrategias de mejora de la Atención Domiciliaria en Andalucía* (2002). Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud [16 d'agost de 2011]. Accessible a través de: <[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/Estrat\\_MejoraAtDomiciliaria.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf)>.

*Esborrany del programa d'atenció domiciliària* (2011). Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.

European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs [citat 16 Ago 2011]. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. (2006). Accessible a través de: <[http://www.lex.unict.it/eurolabor/documentazione/altridoc/rapporti/dg\\_febrbraio06.pdf](http://www.lex.unict.it/eurolabor/documentazione/altridoc/rapporti/dg_febrbraio06.pdf)>.

EUROSTAT (2011). *European Statistics*. Polònia [16 d'agost de 2011]. Accessible a través de: <[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/publications/population\\_projections](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/publications/population_projections)>.

Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT). Palma [16 d'agost de 2011]. Accessible a traves de: <<http://www.ibestat.es>>

Institut Nacional d'Estadística [16 d'agost de 2011]. Accessible a traves de: <<http://www.ine.es>>.

Gomila, M.; Moreno, M. L. (2005). *Protocol d'educació grupal per a les cuidadores*. Palma: Gerencia d'Atenció Primària de Mallorca, Servei de Salut de les Illes Balears.

Larrizgoitia, A.; Larrizgoitia, I. (1996). «Adaptacion en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia». *Revista multidisciplinar de gerontología* 6, pag.224-231.

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesio i qualitat del Sistema Nacional de Salut. BOE 2003 [16 d'agost de 2011]. Accessible a traves de: <<http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>>.

Luis, M. T. (2004). *Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica*. Barcelona: Masson, 3a ed.

Martín-Lesende, I.; Rodríguez, C. (2005). «Utilización del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o mas con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte». *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 40 (núm. 6), pàg. 335-344.

*Programa d'atenció domiciliària* (1995). Palma: Gerencia d'Atenció Primària de Mallorca.

*Programa d'atenció a l'ancià* (2000). Palma: Gerencia d'Atenció Primària de Mallorca.

*Programa de formació de cuidadors*. BOIB 05/08/2010 (n. 115).

Rothman, M. D.; Leo-Summers, L.; Gill, T. M. (2008). «Pronostic significance of potential frailty criteria». *The Journal of the American Geriatrics Society* 56 (núm. 12), pàg. 2211-2216.

Stuck, A. E.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C. E.; Beck, J. C. (2002). «Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people». *Systematic review and meta-regression analysis. JAMA* 287 (núm. 8), pàg. 1022-1028.

Tarricone, R.; Tsourus, A. D. (2008). *The Solids Facts: home care in Europe*. Ginebra: World Health Organization.

## Autores

### JERÒNIA MIRALLES XAMENA

Montuïri, 1966. Diplomada Universitària en Infermeria per la UIB el 1988. Màster en Salut Pública per l'Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública el 1992. Actualment treballa al Gabinet Tècnic d'Atenció Primària, a la Unitat de Programes i Investigació i a la Unitat Docent d'Atenció Familiar i Comunitària. Ha treballat com a infermera assistencial en diversos centres de salut i també com a professora a l'Escola Universitària d'Infermeria.

### CLARA VIDAL THOMÀS

Palma, 1966. Diplomada Universitària en Infermeria per la UIB el 1988. Màster en Epidemiologia per l'Institut Pedro Kouri de l'Havana (Cuba). Actualment treballa al Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Ha treballat com a infermera assistencial en diversos centres de salut, com a professora titular i associada a l'Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de les Illes Balears. És membre del grup d'investigació en Cures de la Salut (INVESTEN), dependent de l'Institut de Salut Carlos III, Ministeri de Ciència i Innovació.





**PROGRAMA D'ATENCIÓ  
SOCIOSANITÀRIA A EIVISSA**

---

## **Programa d'atenció socio sanitària a Eivissa**

Sònia Palau Boned

## Resum

Com a conseqüència dels canvis sociodemogràfics de les últimes dècades es va produir un envelliment progressiu de la població amb el consegüent augment de prevalença de les malalties cròniques, una incidència més gran de malalties agudes i un augment de la dependència. Tot això, junt amb els canvis en la dinàmica familiar i la insuficiència de recursos econòmics i comunitaris, condiciona unes necessitats socio sanitàries.

L'atenció socio sanitària es defineix com el conjunt de cures destinades a aquells malalts que per les seves característiques poden beneficiar-se de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials per augmentar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o els seus sofriments i facilitar la seva reinserció social.

A l'illa d'Eivissa, al llarg dels últims anys, s'han anat creant infraestructures i serveis per millorar l'atenció a les persones més grans. Destaca la creació de diferents residències i la disponibilitat de llits a l'Hospital Residència Assistida (HRA) Cas Serres, mitjançant un conveni firmat entre l'IB-Salut i el Consell Insular, per a l'hospitalització socio sanitària.

Amb la incorporació d'un metge especialista en Geriatria als serveis extrahospitalaris de l'Hospital Can Misses s'inicia un programa d'atenció socio sanitària per millorar l'atenció integral d'aquest col·lectiu oferint una atenció especialitzada, per assegurar a les persones els recursos més adequats a les seves necessitats, optimitzar l'eficiència dels recursos i millorar la coordinació entre els diferents nivells assistencials.

Aquest programa té una doble intervenció: en els pacients ingressats a les places d'hospitalització socio sanitària i en els pacients institucionalitzats en residències.

### 1) En l'hospitalització socio sanitària:

- Es crea un equip multidisciplinari a l'Hospital Can Misses (metge geriatre i treballadora social) que realitzarà una valoració integral dels pacients candidats a ingrés socio sanitari.
- Seguiment posterior d'aquests pacients durant l'ingrés al HRA Cas Serres, revisant-ne la situació clínica i els objectius de forma periòdica.

### 2) En residències:

Implementació progressiva a les residències d'un nou dispositiu format per un metge geriatre.

## Resumen

Como consecuencia de los cambios socio-demográficos de las últimas décadas se está produciendo un envejecimiento progresivo de la población con el consiguiente aumento de prevalencia de enfermedades crónicas, una mayor incidencia de enfermedades agudas y un aumento de la dependencia. Todo ello, junto con los cambios en la dinámica familiar y la insuficiencia de recursos económicos y comunitarios, condiciona unas necesidades sociosanitarias.

La atención sociosanitaria se define como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos que por sus características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social

En la isla de Ibiza, a lo largo de los últimos años, se han ido creando infraestructuras y servicios para mejorar la atención a nuestros mayores. Destaca la creación de diferentes residencias y la disponibilidad de camas en el Hospital Residencia Asistida (HRA) Cas Serres, mediante un convenio firmado entre el IB-Salut y el Consell Insular, para la hospitalización sociosanitaria.

Con la incorporación de un médico especialista en Geriátría a los servicios extrahospitalarios de Can Misses se inicia un programa de atención sociosanitaria para mejorar la atención integral de este colectivo ofreciendo una atención especializada, para asegurar a las personas el recurso más adecuado a sus necesidades, optimizar la eficiencia de estos recursos y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

Este programa tiene una doble intervención: en los pacientes ingresados en plazas de hospitalización sociosanitaria y en los pacientes institucionalizados en residencias.

### 1) En la hospitalización sociosanitaria:

- Se crea un equipo multidisciplinar en el Hospital Can Misses (médico geriatra y trabajadora social) que realizará una valoración integral de los pacientes candidatos a ingreso sociosanitario.
- Seguimiento posterior de estos pacientes durante el ingreso en el HRA Cas Serres, revisando la situación clínica y los objetivos de forma periódica.

### 2) En residencias:

Implementación progresiva en las residencias de un nuevo dispositivo formado por un médico geriatra.

---

## 1. Introducció

Durant les últimes dècades hem assistit a un envelliment poblacional com a conseqüència, d'una banda, de l'augment de l'expectativa de vida (derivat de les millores sanitàries i modificacions en els estils higienicodietètics), i d'altra banda, de la disminució de l'índex de natalitat de la població espanyola.

Aquest augment en l'expectativa de vida implica una major prevalença de malalties cròniques, una incidència més gran de malalties agudes i un increment de la dependència tant en les activitats bàsiques com en les activitats instrumentals de la vida diària. Tot això condiciona una sèrie de canvis en les polítiques socials i sanitàries.

A més, la disminució del potencial de cuidadors informals pels canvis en la dinàmica familiar (canvis en els rols socials de la dona i creixement de les llars unipersonals), així com la insuficiència dels recursos econòmics i els recursos comunitaris, posen de manifest unes necessitats sociosanitàries que les diferents polítiques d'atenció han de cobrir.

L'atenció sociosanitària es defineix com el conjunt de cures destinades a aquells malalts, generalment crònics, que per les seves característiques poden beneficiar-se de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials per augmentar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o els seus sofriments i facilitar la seva reinserció social.

A les Illes Balears s'han desenvolupat diversos plans específics d'atenció sociosanitària, entre els quals destaquen el Pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut Balear (2010-2014) i el Pla d'atenció sociosanitària, prevenció i atenció a la dependència d'Eivissa (2009-2014).

En aquests plans d'atenció sociosanitària es defineixen els recursos, les necessitats, els col·lectius d'atenció, els circuits i la coordinació dels diferents serveis i recursos.

Els recursos sociosanitaris es divideixen en recursos d'àmbit social i recursos d'àmbit sanitari.

Els recursos sociosanitaris d'àmbit social estan estructurats en tres nivells:

1. Recursos sociosanitaris al domicili: són aquells serveis que mantenen la persona en el context familiar i social habitual.
2. Recursos d'atenció diürna ambulatoria: la persona continua en el seu context familiar i social.
3. Recursos o serveis d'internament o hospitalització: són aquells serveis que comporten un canvi de domicili i, per tant, un canvi en la dinàmica sociofamiliar habitual.

**Taula 1** | *Recursos socio-sanitaris de tipus social*

Serveis d'atenció i ajuda domiciliària	Serveis d'atenció diürna ambulatoria	Serveis alternatius d'habitatge, internament o hospitalització
Teleassistència	Centres i llars de convivència i promoció de l'autonomia	Habitatges socials
Servei d'ajuda al domicili	Centres de dia	Apartaments residencials geriàtrics
Servei de respir al domicili	Centres de nit	Pisos tutelats (salut mental)
Servei de menjador i menjar al domicili	Centres ocupacionals	Centres d'atenció integral per a persones en risc d'exclusió social
Servei de bugaderia i higiene personal extern i al domicili	Per a menors, adolescents i adults amb discapacitat: - Servei de valoració i atenció precoç (SVAP) - Programa de transició a la vida adulta - Tractaments de fisioteràpia per a adults	Llars residència
Servei d'atenció integral al domicili		Residències per a persones depenents
Ajudes econòmiques		Residències per a persones amb discapacitat intel·lectual
Servei de préstec d'ajudes tècniques		Residències per a persones amb discapacitat física
Servei de reinserció sociolaboral Altres serveis i ajudes		Servei de respir en residència

Els recursos socio-sanitaris d'àmbit sanitari, igual que els serveis de tipus social, també estan estructurats en tres nivells: serveis al domicili, serveis d'atenció diürna ambulatoria i serveis d'internament o hospitalització..

**Taula 2** | *Recursos socio-sanitaris de tipus sanitari*

Servei d'atenció al domicili	Servei d'atenció diürna ambulatoria	Serveis d'hospitalització
ESAD (equip de suport a l'atenció domiciliària)	Unitat de Valoració i Atenció Primària Socio-sanitària (UVAPSS)	Unitats de cures especials - Complexitat clínica
Programes al centre de salut - Programa d'atenció domiciliària - Programa d'atenció a l'ancià - Rehabilitació al domicili	Hospital de dia	Unitats de mitjana estada: - Subaguts - Convalescència/rehabilitació - Cures pal·liatives

## 1.1. Recursos sociosanitaris d'Eivissa

El Departament de Política Social i Sanitària del Consell d'Eivissa i el Govern de les Illes Balears tenen recursos i serveis propis per a l'atenció a la població de l'illa d'Eivissa.

Aquests recursos disponibles a l'illa són:

### 1. De tipus social

- Servei d'atenció domiciliària: teleassistència, servei d'ajuda al domicili (SAD), servei de menjar al domicili i ajudes econòmiques
- Serveis d'atenció diürna ambulatoria: centres i llars de convivència i promoció de l'autonomia, centres de dia, servei de valoració i atenció precoç (SVAP) per a menors, adolescents i adults amb discapacitat i programes de transició a la vida adulta
- Serveis alternatius d'habitatge, internament o hospitalització: pisos tutelats (salut mental), residències per a persones depenents, residències per a persones amb discapacitat intel·lectual o per a persones amb discapacitat física, servei de respir en residència i apartaments residencials geriàtrics (privats).

### 2. De tipus sanitari

- Servei d'atenció al domicili: equip de suport a l'atenció domiciliària (ESAD), programes del centre de salut (programa d'atenció domiciliària, programa d'atenció a l'ancià)
- Serveis d'atenció diürna ambulatoria: no n'hi ha disponibilitat
- Serveis d'internament o hospitalització: places de convalsència/rehabilitació i cures pal·liatives.

Al llarg d'els últims anys s'han anat creant infraestructures i serveis d'internament o hospitalització per millorar l'atenció a aquestes persones amb necessitats socials i sanitàries de l'illa d'Eivissa. Destaca la creació de diferents residències i el conveni signat entre l'IB-Salut i el Consell Insular que permet que l'Hospital Can Misses disposi de places sociosanitàries al HRA Cas Serres.

## 2. Programa d'atenció sociosanitària

Al febrer de l'any 2011, amb la incorporació d'un metge especialista en Geriatria als serveis extrahospitalaris de Can Misses, s'inicia un programa d'atenció sociosanitària per millorar l'atenció integral d'aquest col·lectiu, assegurar a les persones el recurs més adequat a les seves necessitats, optimitzar l'eficiència d'aquests recursos i millorar la coordinació entre els diferents nivells assistencials.



Mitjançant aquest programa es realitza una doble intervenció pel que fa als serveis d'internament o hospitalització: 1) a nivell de la hospitalització sociosanitària (servei de tipus sanitari), i 2) a nivell de residències (servei de tipus social).

## 2.1. Hospitalització sociosanitària

Els serveis d'hospitalització de tipus sanitari estan destinats a les persones que necessiten la continuació d'un tractament o supervisió clínica continuada i que, a causa de la seva complexitat, requereixen una gran quantitat de cures.

A Eivissa, mitjançant un conveni signat entre l'IB-Salut i el Consell Insular, es disposa de 12 llits polivalents al HRA Cas Serres per a ingressos sociosanitaris.

Els programes que es desenvolupen respecte a aquestes places sociosanitàries concertades són:

- **Convalescència i rehabilitació:** recurs hospitalari amb l'objectiu rehabilitador, de promoció de l'autonomia i de reinserció en la comunitat després d'un procés agut. Hi són ateses persones grans amb un procés agut ja resolt que ha condicionat una pèrdua funcional que requereix rehabilitació (fractures òssies, ictus, processos infecciosos, pacients postquirúrgics, síndromes geriàtriques...). També s'hi inclouen persones que requereixin cures complexes (úlceres per decúbit greus, ferides postquirúrgiques) i persones amb tractaments llargs i complexos que no es poden proporcionar al domicili.
- **Cures pal·liatives:** persones amb alguna malaltia avançada en situació terminal (oncològica o no oncològica) que requereixen ingrés per realitzar una atenció integral i individualitzada, per fer control de símptomes, millorar la qualitat de vida i proporcionar suport emocional al pacient i la família.

Per valorar als pacients candidats a ingressar a aquestes plaçes es crea un equip multidisciplinari a l'hospital Can Misses (HCM), format per un metge geriatre i una treballadora social, especialitzat en l'atenció i avaluació de pacients complexos que necessiten ingrés sociosanitari.

Durant l'ingrés a l'Hospital Can Misses, i a petició del metge responsable, aquest equip multidisciplinari realitzarà una valoració integral dels pacients per determinar el recurs més adequat a les seves necessitats (indicació d'ingrés sociosanitari o recurs alternatiu) i informar al pacient i familiars.

Posteriorment, el metge especialista en Geriatria realitzarà un seguiment d'aquests pacients durant l'ingrés al HRA Cas Serres, revisant-ne la situació clínica i els objectius

teràpèutics de forma periòdica per optimitzar les estades al centre.

També s'han realitzat reunions amb els diferents serveis de l'Hospital Can Misses i amb el personal del HRA Cas Serres per establir circuits de coordinació i trasllat de pacients entre l'Hospital Can Misses i el HRA Cas Serres (annexos 1, 2 i 3). Actualment està pendent de finalitzar el circuit de coordinació amb el servei de rehabilitació de l'Hospital Can Misses.

La valoració dels pacients a l'Hospital Can Misses que duu a terme el metge especialista en Geriatria es realitzarà dos dies a la setmana, i aquest estarà disponible telefònicament la resta dels dies.

## 2.2. Programa d'atenció a residències

Les persones que viuen a residències són una població amb un índex elevat d'ingressos i estades hospitalàries perllongades, amb consultes freqüents a urgències, controls per diversos especialistes (no sempre ben coordinats) i amb polifarmàcia, que pot causar efectes adversos i complicacions freqüents.

Per tots aquests motius es desenvolupa un pla d'actuació per a les persones que viuen en residències de la nostra àrea d'influència i que presenten unes característiques i necessitats específiques.

Les residències de la nostra àrea d'influència són:

- Hospital Residència Assistida Cas Serres (Eivissa): 160 places (40 places de psicogeriatría, 40 d'aguts/subaguts, 40 places de dependència i 40 de vàlids/semivalíds). Dins aquestes places hi ha incloses les 12 sociosanitàries.
- Residència Can Blai (Santa Eulària): 98 places de dependència. La patologia fonamental és la demència.
- Residència Reina Sofia (Eivissa): residència privada amb 149 places (26 places concertades).
- Residència Sant Antoni: pendent d'obertura.

Inicialment la intervenció es realitzarà al HRA Cas Serres i s'implementarà de forma progressiva a la resta de residències.

Els objectius d'aquest programa són millorar l'atenció integral mitjançant la gestió de casos, millorar la coordinació entre els diferents nivells assistencials (annexos 1, 2 i 3), oferir atenció especialitzada al centre (evitant trasllats innecessaris dels pacients), protocol·litzar controls de salut d'aquests pacients i donar suport i formació al personal de les residències per oferir una assistència sanitària homogènia i de qualitat.

Un altre objectiu és millorar l'eficiència de les residències mitjançant la racionalització de les visites a urgències i els ingressos a l'hospital d'aguts i l'optimització de la despesa farmacèutica.

Per a això es crea un nou dispositiu format per un metge especialista en Geriatria encarregat de valorar les persones que viuen en residències, en concret aquelles que consulten a urgències molt freqüentment o presenten una gran fragilitat.

Els residents sobre els quals es farà la intervenció són:

1. Pacients procedents de l'hospital que ingressen per a atenció sociosanitària (conveni signat amb l'IB-Salut)
2. Residents que han estat alta recent de l'Hospital Can Misses
3. Residents que han ingressat a l'hospital Can Misses tres vegades o més l'últim any
4. Pacients amb demència i trastorn de conducta de difícil control
5. Residents amb polifarmàcia ( $\geq 9$  fàrmacs) o duplictat de tractaments
6. Valoració a petició de l'equip mèdic responsable

L'atenció a aquests pacients consistirà en la realització d'una valoració geriàtrica integral (VGI) a càrrec del metge geriatre per detectar i quantificar els problemes, necessitats i capacitats de l'ancià en les esferes clínica, funcional, mental i social per elaborar una estratègia d'intervenció individualitzada.

Aquesta valoració geriàtrica consisteix en:

- Valoració funcional (Barthel)
- Valoració cognitiva (Pfeiffer/MMSE)
- Valoració psicològica i emocional
- Valoració social
- Comorbiditat (índex de Charlson)
- Valoració de la disfàgia
- Valoració del dolor i altres símptomes
- Valoració d'úlceres, ferides, sondes...
- Valoració dels tractaments farmacològics i adequació d'aquests, segons indicadors de prescripció farmacològica STOPP/START
- Oxigenoteràpia crònica: detecció de casos amb indicació d'oxigenoteràpia no pautaada i casos sense indicació (retirada)
- Revisió de vacunes
- Nutrició i hidratació: avaluar l'estat d'hidratació i donar pautes.

Posteriorment es farà una entrevista amb la família per informar-los sobre la situació

clínica del pacient, consensuar decisions terapèutiques i limitació de l'esforç terapèutic i establir el nivell assistencial més adequat.

Per millorar la coordinació entre els diferents nivells assistencials es realitzen circuits de coordinació i trasllat de pacients entre l'Hospital Can Misses (HCM) i el HRA Cas Serres (annexos 1, 2 i 3).

Altres accions que realitzarà la persona responsable del programa (metge especialista en Geriatria) són:

- Ser la persona de connexió amb l'Hospital Can Misses per facilitar l'accés a la història clínica de l'IB-Salut i agilitar la realització d'exploracions complementàries i valoració a càrrec d'especialistes
- Realitzar suport i formació al personal de residències mitjançant sessions i cursos de formació
- Participar en la realització de protocols
- Participar en les sessions interdisciplinàries per planificar objectius, cures i ubicació a l'alta dels pacients
- Participar en la comissió de seguiment mensual dels pacients sociosanitaris.

La valoració dels pacients al HRA Cas Serres a càrrec del metge geriatre es realitzarà tres dies a la setmana, i la resta dels dies es podrà contactar telefònicament.

### **2.3. Programa futur**

El percentatge de persones ancianes hospitalitzades ha anat en augment en els últims anys. Actualment la majoria dels pacients ingressats en un hospital d'aguts són ancians amb unes característiques de morbiditat i necessitats assistencials molt diferents de la població més jove.

Les característiques especials del pacient geriàtric, en el qual conflueixen els aspectes intrínsecs de l'envelliment fisiològic i la presentació atípica de la malaltia, fan necessària l'aplicació d'un sistema especial de valoració (VGI).

La majoria d'estudis han demostrat l'efectivitat de la valoració geriàtrica integral (VGI) en termes d'aconseguir una reducció de la mortalitat, una millora funcional, una disminució de les taxes de reingressos hospitalaris i internament en institucions, una menor estada hospitalària i un millor ús de recursos. També ajuda a aconseguir un ús racional de les exploracions i els diversos serveis i una adequada planificació de l'alta hospitalària.

Per tot l'anterior es planteja, com a projecte futur, la realització d'una valoració geriàtrica integral protocol·litzada dels pacients més grans de 75 anys ingressats a l'Hospital Can Misses que presentin unes característiques concretes (ancians fràgils o pacients geriàtrics).

Mitjançant aquesta valoració es realitzarà la detecció i el tractament precoç dels problemes, un pla de cures individualitzat i una avaluació de les necessitats dels pacients en el moment de l'alta hospitalària.

El desenvolupament d'altres programes sociosanitaris per millorar la qualitat assistencial d'aquest col·lectiu dependrà de la planificació sanitària en matèria de recursos dels propers anys (unitats sociosanitàries específiques, hospital de dia, rehabilitació a domicili, etc.)

## **ANNEX 1**

### **CIRCUIT D'INGRÉS SOCIOSANITARI (HCM-HRA CAS SERRES)**

- Es disposa de 12 places sociosanitàries per a ingrés temporal (màxim de tres mesos) segons el conveni signat amb l'IB-Salut
- Per valorar la indicació d'un ingrés sociosanitari:
  - 1) El metge responsable del pacient realitzarà una interconsulta a Treball Social, adjuntant informe mèdic actualitzat
  - 2) Valoració conjunta a càrrec de la treballadora social i el metge especialista en Geriatria i realització d'informes
  - 3) Decisió de l'equip avaluador (indicació d'ingrés sociosanitari o recurs alternatiu)
  - 4) Comentar la situació del pacient amb l'equip responsable del HRA Cas Serres per conèixer el dia d'ingrés i la ubicació adequada
  - 5) Trasllet al HRA Cas Serres per ingressar-hi el dia indicat (si és possible, a les 10-11 hores), amb la documentació següent:
    - Informe d'alta del metge responsable
    - Informe realitzat per la treballadora social
    - Informe realitzat pel geriatre
    - Informe d'alta d'infermeria (cures de ferides/úlceres, tractaments, data de col·locació de sonda vesical i motiu, etc.)
  - 6) Contactar telefònicament amb el metge geriatre el dia del trasllat o contactar-hi prèviament si hi ha canvis en la situació clínica del pacient.

**ANNEX 2****CIRCUIT DE REINGRÉS AL HRA CAS SERRES****1) INGRÉS A PLANTA DE L'HOSPITAL CAN MISSES:**

- Pacients que, estant prèviament ingressats al HRA Cas Serres (plaça residencial o ingrés sociosanitari), han requerit ingrés a l'Hospital Can Misses
- Contactar telefònicament amb el metge especialista en Geriatria almenys 24 hores abans de l'alta per conèixer la situació clínica del pacient, les cures i els tractaments necessaris per determinar la ubicació més adequada a la residència
- Adjuntar informe d'alta mèdic i informe d'alta d'infermeria

**2) PACIENTS INGRESSATS A URGÈNCIES DE L'HOSPITAL CAN MISSES:**

- Pacients que, estant prèviament ingressats al HRA Cas Serres, han requerit trasllat a urgències
- Contactar telefònicament amb el metge de guàrdia del HRA Cas Serres per conèixer la situació clínica del pacient i determinar la ubicació més adequada a la residència
- Adjuntar l'informe d'alta d'urgències i proporcionar des d'urgències la medicació no disponible al HRA Cas Serres.

**ANNEX 3****CIRCUIT DE TRASLLAT DES DE HRA CAS SERRES A L'HOSPITAL CAN MISSES****1) TRASLLAT URGENT:**

- Realitzar un informe mèdic amb els antecedents patològics, tractament farmacològic, motiu de trasllat i telèfon de contacte de familiars
- Realitzar un informe d'infermeria, si escau (tractament d'úlceres, sonda vesical...)
- Contactar telefònicament amb urgències abans del trasllat
- Trasllat del pacient acompanyat per un familiar, sempre que sigui possible

**2) TRASLLAT NO URGENT (ingrés programat, realització d'exploracions complementàries o consultes a especialistes):**

- Realitzar un informe mèdic amb els antecedents patològics, tractaments, motiu de trasllat i telèfon de contacte de familiars
- Contactar telefònicament amb l'especialista de medicina interna per sol·licitar ingrés programat o visita a consultes externes de medicina interna
- Interconsultes a especialistes i exploracions complementàries preferents gestionades pel metge geriatre
- Trasllat del pacient acompanyat per un familiar, sempre que sigui possible.

## Referències bibliogràfiques

Fontanals de Nadal, M. Dulce; Martínez Mateo, F.; Vallpes i Forcada, E. (1995). «Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys». *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 30 (3): 189-198

Fontecha, B.; Sánchez, P. (2004). «Unidades geriátricas de media estancia o convalecencia». *Año Gerontológico*, 18: 61-75

Formiga, F.; Mascaró, J.; Cabot, C.; Ortega, C.; Porras, F.; Vidaller, A.; Pujol, R. (2005). "Valoración geriátrica de un paciente ingresado en un hospital de agudos". *Revista Multidisciplinar Gerontología*, 15 (1): 8-11

Geriatría XXI (2000): *Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Madrid: EDIMSA

IMSERO (2005). *¿Coordinación sociosanitaria?. Atención a las personas en situación de dependencia de España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Informe del Defensor del Pueblo (2000): *La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos anexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología*

*Pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut (2010-2014)*. Palma: Govern de les Illes Balears

*Pla d'atenció sociosanitària, prevenció i atenció a la dependència d'Eivissa (2009-2014)*. Consell d'Eivissa

*Pla director sociosanitari (2006)*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona

Rodríguez, G.; Monserrat, J. (2002). *Modelos de atención sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales

Rubenstein, L. Z. (1987). «Geriatric assessment: An overview of its impact». *Clin Geriatr Med*, 3: 1-15

Rubenstein, L. Z.; Josephson, K. R.; Wieland, G. D.; English, P. A.; Sayre, J. A.; Kane, R. L. (1984). «Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial». *New England Journal Medicine*, 311: 1664-70

Ruipérez, I. (2003). «Adecuación de los servicios geriátricos». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38 (5), 281-287.

Salvà-Casanovas, A.; Llevadot, D.; Vilalta, M.; Rovira, J. C. (2004). Divisió d'Atenció Sociosanitària. Programa Vida als Anys. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut. "La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39 (2): 101-8

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Tratado de Geriatria para residentes* (2006). International Marketing & Communication, SA

«Unidades geriátricas de media estancia y convalecencia». Monogràfic de la *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2000, 35 (supl. 6).



## **Autora**

### **SÒNIA PALAU BONED**

Nascuda a Eivissa el 1972. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat d'Alcalá de Henares el febrer de 1998. Metgessa especialista en Geriatria, segons el sistema MIR, a l'Hospital General de Granollers durant els anys 2000-2004. Metgessa adjunta de Geriatria de l'Hospital de la Santa Creu de Vic durant 1 any i 7 mesos (2004-2006) i de la Fundació Hospital Asil de Granollers durant 5 anys (2006-2011). Actualment, des de febrer de 2011, metge geriatria dels serveis extrahospitalaris de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera.

**CENTRE DE FORMENTERA:  
ELS INICIS EN QÜESTIÓ DE DEPENDÈNCIA**

---

## **Centre de Formentera: els inicis en qüestió de dependència**

Carmel Redondo i Ferrer  
Marta Uriarte Ituiño  
Aroa López Fernández

## Resum

Fins ara l'atenció i els serveis socio-sanitaris específics per a la tercera edat i els malalts crònics han estat gairebé inexistents a Formentera; el tipus d'assistència que s'ha donat ha estat majoritàriament d'ajuda o de suport mitjançant el curador informal. És un fet que els trets particulars que presenta Formentera plantegen unes necessitats especials; així, cal un esforç per aconseguir una equiparació en les prestacions i els serveis existents a la resta d'illes. La construcció d'un centre de dia suposa un pas important per superar aquesta mancança de recursos, i alhora és un projecte necessari i esperat a l'illa.

Segons les dades demogràfiques, la de Formentera serà una població envellida; aquest centre garantirà a la població una millor qualitat d'atenció i de vida, donant resposta i cobertura a les necessitats de les persones dependents, amb serveis que, d'altra banda, són de primera necessitat.

Aquest projecte suposa un repte tant institucional com professional. Les característiques de Formentera fan que el centre estigui plantejat per donar assistència als tres col·lectius més vulnerables i desprotegits: persones grans dependents, persones amb algun tipus de discapacitat i persones amb malaltia mental; d'aquesta manera ens trobam davant tres centres dins una mateixa instal·lació. Així, el Programa Bàsic del Centre s'inscriu dins una estratègia institucional dirigida a oferir un marc terapèutic que faciliti confiança i seguretat a l'usuari i que mitjançant el suport i l'ensenyament permeti treballar les capacitats conservades, millorant l'autonomia i alentint el procés de dependència. Cal destacar la novetat del recurs per als habitants de Formentera, juntament amb un factor cultural molt arrelat a l'illa, que estableix la cura de les persones grans a casa i sota la figura d'algun familiar. Malgrat això, les actuals previsions indiquen un debilitament d'aquesta xarxa de cures, circumstància que ve provocada per diversos factors: el canvi en el rol social de la dona, l'envelliment i augment de la fragilitat dels cuidadors, així com l'estrès del cuidador / la cuidadora, habitualment generat per una situació de cures llarga i intensa —i sovint difícil— en absència d'un suport adequat.

## Resumen

Hasta ahora la atención y los servicios socio-sanitarios específicos para la tercera edad y los enfermos crónicos han sido casi inexistentes en Formentera; el tipo de asistencia dirigida ha sido mayoritariamente de ayuda o apoyo mediante el cuidador informal. Es un hecho que las particulares condiciones que presenta la isla plantean unas necesidades especiales, así hace falta un esfuerzo para conseguir una equiparación en las prestaciones

y servicios existentes en el resto de islas y donde la construcción de un centro de día en Formentera supone un paso importante para superar la carencia de recursos o estructuras sociosanitarias. Este Centro de día es un proyecto necesario y esperado en la isla, que prevé paliar el déficit sociosanitario existente hasta ahora.

Según los datos demográficos, Formentera, en un futuro, será una población envejecida; este centro garantizará a la población una mejor calidad de atención y de vida, dando respuesta y cobertura a las necesidades de las personas dependientes con servicios que, por otro lado, son de primera necesidad.

La puesta en marcha de este proyecto supone un reto tanto a nivel institucional como profesional. Las características de Formentera (tamaño, población, aislamiento, etc.), hacen que el proyecto de centro de día esté planteado para dar asistencia a los tres colectivos más vulnerables y desprotegidos: personas mayores dependientes, personas con algún tipo de discapacidad y personas con enfermedad mental, de este modo nos encontramos ante tres centros de día dentro de una misma instalación. Así, el Programa Básico del Centro se inscribe dentro de una estrategia institucional dirigida a ofrecer un marco terapéutico que facilite confianza y seguridad al usuario y que, a través del apoyo y la enseñanza, permita trabajar sobre las capacidades conservadas mejorando la autonomía y ralentizando el proceso de dependencia. También se tiene que destacar la novedad del recurso para los habitantes de la isla y un factor cultural muy arraigado en la población de Formentera que establece el cuidado de los mayores en casa y bajo la figura de algún familiar. Sin embargo, las actuales previsiones indican un debilitamiento de esta red de apoyo, circunstancia que viene provocada por varios factores: el cambio en el rol social de la mujer, el envejecimiento y aumento de la fragilidad de los cuidadores, así como el estrés del cuidador/a habitualmente generado por una situación de curas larga e intensa —y a menudo difícil— en ausencia de un apoyo adecuado.

---

## 1. Introducció

Fins ara a Formentera l'atenció i els serveis soci-sanitaris específics per a la tercera edat i els malalts crònics han estat gairebé inexistents. El tipus d'assistència adreçada majoritàriament a les persones dependents ha estat d'ajuda, vigilància o suport mitjançant el curador informal, a més aquests pacients presenten, habitualment, com a característica un problema social afegit al de la seva patologia.

Les particulars condicions que l'illa presenta plantegen unes necessitats logístiques i organitzacionals especials, sent necessari un esforç per aconseguir una equiparació en les prestacions i serveis existents a la resta d'illes. Les dificultats de comunicació amb l'illa d'Eivissa fa que sigui complicat l'accés als recursos assistencials que aquesta ofereix, en tant que accedir-hi suposa el desplaçament amb vaixell. Cal recordar que aquest tipus de

desplaçament varia en funció de la disponibilitat horària i de les condicions climàtiques. D'altra banda, si bé Eivissa compta amb grups i associacions que ofereixen suports als col·lectius esmentats, el suport que aquests reben a Formentera no cobreix les necessitats que aquests presenten.

Així doncs, aquest tipus de servei assistencial ha estat deficitari a l'illa i és per aquest motiu que la construcció d'un centre de dia a Formentera suposa un pas important per tal de superar la mancança de recursos o estructures soci-sanitàries.

D'aquesta situació, en podem extreure que el Centre de dia és un projecte necessari i esperat a l'illa, que preveu pal·liar el dèficit soci-sanitari existent fins ara. El funcionament d'aquest centre representarà un assoliment històric pel que fa a l'atenció especialitzada a la dependència a Formentera. Assistim a un creixent envelliment de les poblacions dels països desenvolupats, fenomen demogràfic al qual no és aliena l'illa de Formentera. Segons les dades demogràfiques, Formentera en un futur serà una població envellida, i a través d'aquest centre per a la dependència, es podrà assegurar a la gent una millora del seu benestar, afavorir el manteniment al seu entorn habitual de vida, i evitar-ne la marginació. Aquest centre garantirà als formenterers i formentereres una millor qualitat d'atenció i de vida, suposant així un important avanç per a la nostra població. El centre donarà respostes específiques a les necessitats de les persones dependents i donaran cobertura a nous serveis, serveis que d'altra banda són de primera necessitat.

La posada en marxa d'aquest projecte suposa un repte tant a nivell institucional com professional per ser una experiència pionera al territori nacional. Les característiques de Formentera (grandària, població, aïllament, etc.), fan que el projecte de centre de dia estigui plantejat per donar assistència als tres col·lectius més vulnerables i desprotegits: persones majors dependents, persones amb algun tipus de discapacitat i persones amb malaltia mental. D'aquesta manera ens trobam davant de tres centres de dia dins d'una mateixa instal·lació amb els avantatges i desavantatges que això comporta. També hem de destacar la novetat del recurs per als habitants de la illa i un factor cultural molt arrelat en la població de Formentera que estableix la cura dels majors a casa i sota la figura d'algun familiar. La realitat assenyala que la provisió de cures a la persona major dependent prové fonamentalment de la xarxa informal, on la família —especialment les cuidadores de gènere femení— exerceix un paper primordial. No obstant això, les actuals previsions indiquen un debilitament d'aquesta xarxa de cures, circumstància que ve provocada per diversos factors: el canvi en el rol social de la dona, l'envelliment i augment de la fragilitat dels cuidadors, així com l'estrès del cuidador/a habitualment generat per una situació de cures llarga i intensa —i sovint difícil— en absència d'un suport adequat.

El treball i organització del centre es basa en el que recull la Llei de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència (Ley 39/2006,

de 14 de diciembre) i la Llei de serveis socials de les Illes Balears (Llei 4/2009 d'11 de juny), l'objectiu d'aquesta és regular i ordenar el sistema de serveis socials de les Illes Balears amb la finalitat de promoure i garantir el seu accés de forma universal, i contribuir al benestar i a la cohesió social. També és objectiu d'aquesta llei configurar un sistema de serveis socials que doni resposta a les necessitats de les persones, potenciant la seva autonomia i la seva qualitat de vida.

Així, el Programa Bàsic del Centre de Dia s'inscriu dins d'una estratègia institucional dirigida a oferir un marc terapèutic que faciliti confiança i seguretat al usuari i que, a través del suport, recolzament i ensenyament, permeti treballar sobre les capacitats conservades millorant la autonomia i ralentitzant el procés de dependència.

### 1.1 Dades demogràfiques generals i estadístiques Llei de Dependència

Formentera és una de les Illes Pitiüses i consta d'un únic municipi. Amb una superfície total de 83,20 km<sup>2</sup>, és l'illa habitada de menor extensió de les Illes Balears, suposant així un 1,64 % de la superfície total de les Balears. Segons dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE) de l'any 2009 la població de Formentera és de 9.962 persones (**taula 1**).

L'organització tradicional del territori és en parròquies i véndes. Les parròquies són Sant Francesc Xavier, Sant Ferran de ses Roques i el Pilar de la Mola, els tres nuclis principals de l'illa. En els darrers anys s'han desenvolupat altres nuclis eminentment turístics: es Pujols, es Caló o la Savina. Les véndes és una organització típica d'Eivissa i Formentera motivada per la població tradicionalment disseminada. L'illa està dividida en catorze véndes.

Formentera, ha tengut una població intermitent, amb llargs períodes d'abandonament. La transformació més intensa de l'illa s'ha donat durant el segle XX, i principalment a partir dels anys seixanta, amb un augment demogràfic accentuat per la immigració i pel creixement econòmic, motivat pel turisme.

La població de Formentera tendeix a l'envelliment, sobretot per la seva baixa natalitat. Hi ha un 73,82 % de la població en edat de treballar (entre 16 i 64 anys), i la resta es distribueixen gairebé per igual entre menors de 16 anys (13,50 %) i majors de 64 (12,68 %). La població jove (entre 16 i 34 anys) concentra gairebé la meitat del total (44,85 %). \*(Font de les dades, "Institut Nacional de Estadística": Revisió padró 1/01/2010)

Per tal de perfilar aquesta informació, existeix l'índex d'envelliment, que relaciona la població major de 65 anys amb la menor de 15. En el cas de Formentera, aquest índex supera l'1 (1,0078), fet que significa que hi ha més població de 65 i més anys (1.160 persones) que no pas menor de 15 (1.151).

Cal assenyalar que l'augment de població segueix uns ritmes alts i sostinguts en el creixement, però a Eivissa i sobretot a Formentera pren unes dimensions especialment altes i fins i tot podem dir que preocupants. Els augments de població major de 65 anys té uns percentatges molt alts, aquest fet es pot llegir en clau de demandes d'atenció i de prevenció i promoció de la dependència.

Les darreres dades de població de Formentera (Font de les dades, revisió padró municipal de Formentera de juliol 2011) reflecteixen que el col·lectiu de població major de 80 anys està xifrat en 335 persones, dels quals 183 són dones i 153 homes.

**Gràfic 1** | *Persones de més de 80 anys*



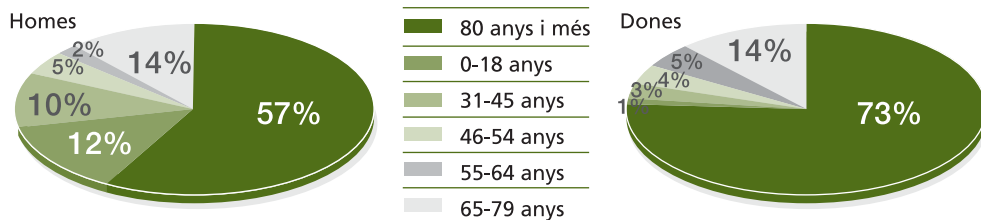
A data d'avui trobam que, segons les dades de Direcció General de Dependència (veure taula de l'annex 2), dels expedients actius a Formentera, 91 expedients (78% dels expedients actius) corresponen a persones dependents, majors de 65 anys i 25 expedients (22% dels expedients actius) corresponen a menors de 65 anys.

**Gràfic 2** | *Dependent majors i menors de 65 anys*



Analitzats aquests expedients trobam que el 57% de les sol·licituds és donen entre els homes majors de 80 anys, pel que fa a les dones el grup de majors de 80 anys, suposa un 73% de les sol·licituds; seguidament amb un 14% trobam la franja d'edat entre els 65-79 anys, aquesta proporció es igual per als 2 sexes. Per sota dels 65 anys el nombre de sol·licituds davalla considerablement en els dos casos.



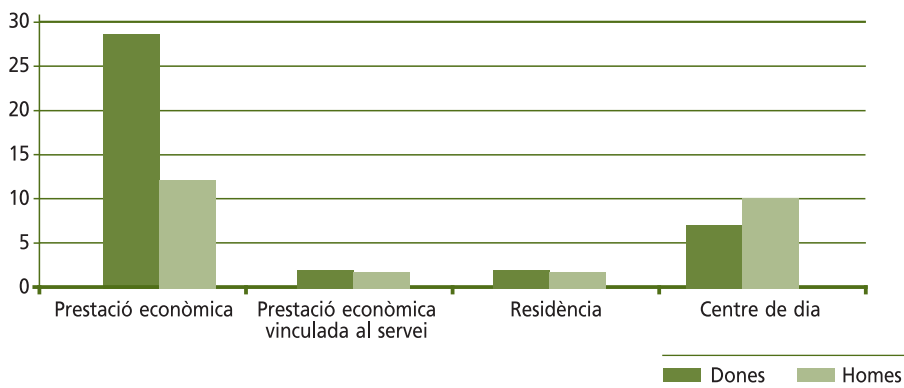
**Gràfic 3** | *Sol·licituds de dependència per edats*

Aquestes sol·licituds presenten perfils ben diferenciats i actualment es poden recollir en les prestacions i serveis que detallam a continuació:

**Taula 1** | *Dades generals. Prestacions i serveis, any 2011. (Formentera)*

ANY 2011	DONES	HOMES	TOTAL
*Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar	27	11	*38
Residència	1	1	2
**Prestació econòmica vinculada al servei	1	0	1
Servei de Centre de dia	6	9	15

Com es pot observar, el servei més sol·licitat a Formentera és la prestació econòmica per a cures a l'entorn familiar, la posada en marxa del Centre de dia ha fet que les sol·licituds d'aquest servei presentin, tal i com era d'esperar, un increment considerable. Seguim observant que les prestacions vinculades a servei i residència són els serveis menys demandats donada la ubicació geogràfica dels serveis, ja que aquests es concentren a les altres illes.

**Gràfic 4** | *Sol·licituds de prestació i serveis per sexe (o diferència entre sexes)*

**\*Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar:** el beneficiari podrà ser atès al seu entorn familiar i el seu cuidador (que ha de ser un familiar) rebrà una compensació econòmica. El cuidador si no està donat d'alta a la seguretat social, s'haurà de donar d'alta. En aquesta prestació l'objectiu és mantenir a la persona depenent en el seu domicili sempre que es donin les condicions adequades de convivència i habitabilitat del seu habitatge. Està subjecta al grau de dependència i capacitat econòmica del beneficiari. (Dades actualitzades mes de juny de 2011. no acumulatives)

**\*\*Prestació econòmica vinculada al servei:** Per exemple, ajuts pel pagament de residència privada. És personal i periòdica. Està subjecte al grau de dependència i capacitat econòmica del beneficiari. El servei prestat per una entitat haurà d'estar acreditat per a l'atenció a la dependència.

## 2. Descripció del centre i servei

El Centre de dia disposa d'una sèrie de serveis d'acolliment diürn que presten atenció a persones amb diferents graus de discapacitat i dependència. El centre de Formentera és d'una sola planta i disposa d'un total de 64 places, dividides en diferents unitats (espais funcionalment independents), per als grups següents:

- Una unitat per a persones grans en situació de dependència, afectades d'algun problema de salut físic, de deteriorament cognitiu, demència o Alzheimer (30 places).
- Una unitat per a les persones amb discapacitat físiques o psíquiques (15 places).
- Una altra unitat per a persones amb malalties mentals (15 places).
- Una unitat de respir familiar (4 places).

Les estimacions d'ocupació del servei que es preveu pels anys 2011 i 2012 per aquests perfils d'usuaris, es troba entre els valors percentuals del 30 al 50%. Aquest valor traduït a nombre d'usuaris del servei ens fa estimar una ocupació que varia entre els 15-20 i els 30 usuaris.

El Centre és 100% públic, i aquest any 2011 el 75% de les seves places són per persones amb dependència grau III, grau II i grau I. Així, tenen accés preferent persones dependents que necessiten organització, supervisió i assistència en el desenvolupament de les activitats de la vida diària, i que veuen completada la seva atenció en el seu entorn social i familiar. Juntament al col·lectiu de persones amb algun grau de dependència es contempla l'atenció, amb justificació prèvia de l'ingrés, de persones amb situació de dependència no reconeguda, que necessitin organització, supervisió i assistència a les AVD.

## 2.1. Condicions materials i arquitectòniques del Centre de dia

El Centre de dia de Formentera amb una superfície útil de 2.412,50 m. , està situat en els terrenys confrontants amb l'Hospital de Formentera i al costat del solar en el qual ha de construir-se la Residència de Majors de la illa, formant un conglomerat soci-sanitari i assistencial de primer ordre. S'ubica en una sola planta, amb fàcil accés a l'exterior i amb molts d'espais a l'aire lliure. L'edifici encara que interrelacionat i amb serveis comuns, compta amb entrades independents segons les àrees i usos, i amb un espai central polivalent, per a la realització de diferents activitats individuals o grupals.

Cada àrea disposa d'espais dotats de plafons mòbils per a les diverses activitats a realitzar amb cada col·lectiu, fins i tot, això ens permet treballar amb els col·lectius per separat dins un mateix espai físic. Aquestes també disposen d'espais habilitats pel descans dels usuaris segons normativa vigent i tant el mobiliari fix com el mobiliari mòbil del centre s'ajusten, segons normativa d'aplicació, a les condicions anatòmiques i funcionals de les persones usuàries. Les diferents àrees del Centre compten amb els espais necessaris per una adequada atenció als usuaris (sales polivalents, descans, menjador, patis exteriors, bany i banys geriàtrics, cures...)

Com a serveis generals, el Centre compta amb una àrea d'administració-gerència, recepció general, gimnàs central per fisioteràpia, perruqueria, servei de cuina-menjador i diferents àrees de despatxos pels professionals d'atenció directa a les persones usuàries.

## 2.2. Objectius i serveis del Centre

El centre té la finalitat de garantir l'adequada atenció de les persones usuàries, respondre a les necessitats lligades a les persones dependents i a la necessitat de millorar la qualitat de vida d'aquestes (veure la memòria expositiva de Centre de l'annex 1). Per tant, el centre ofereix serveis d'acolliment i suport, amb finalitat terapèutica i re-habilitadora, durant nou hores al dia (de 8.00 a 17.00 h, de dilluns a divendres), com també d'assistència per a les activitats de la vida diària a persones amb dependència. En resum el centre té els objectius següents:

- Facilitar un entorn compensatori a la llar, adequat a les necessitats d'assistència
- Afavorir la recuperació i el manteniment del màxim grau d'autonomia
- Proporcionar suport a les famílies, oferint-los informació, formació i assessorament

Per a la prestació general del servei de Centre de dia s'ofereixen els següents serveis:

- Acolliment i convivència
- Manutenció segons els perfils i necessitats justificades dels usuaris
- Atenció personal en les activitats de la vida diària

- Higiene personal i/o teràpia funcional
- Readaptació funcional i social
- Estimulació Cognitiva
- Manteniment i recuperació dels hàbits d'autonomia
- Dinamització sociocultural
- Activitats de lectura adaptades
- Suport personal, social i familiar
- Fisioteràpia
- Seguiment del tractament farmacològic
- Atenció familiar per al diagnòstic, informació i formació

### 2.3. Serveis Complementaris

Servei de transport adaptat, amb valoració prèvia de les necessitats del usuari. El Centre preveu la prestació, amb concertació prèvia, amb professionals externs, els serveis de:

-Perruqueria

-Podologia

### 2.4. Tipologia de les persones usuàries

Les persones en situació de dependència constitueixen un grup de població heterogeni, que comprèn diferents problemàtiques. Sota aquesta denominació genèrica s'engloba col·lectius amb diferents etiologies i necessitats d'atenció, com, per exemple, les persones majors amb deterioració i malalties cròniques; les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències; amb malaltia mental greu; amb malaltia de Parkinson; amb malalties rares o les persones amb discapacitats.

L'assignació del recurs del centre es duu a terme a través del Programa individual d'atenció (PIA), que realitzen els serveis socials competents i que determina les modalitats d'intervenció més adients a les necessitats de les persones en situació de dependència pel que fa als serveis i les prestacions econòmiques previstes a la resolució pel seu grau i nivell.

El Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) contempla cinc classes de serveis per a les persones en situació de dependència (prevenció i promoció de l'autonomia personal, teleassistència, ajuda a domicili, centres de dia i de nit i atenció residencial) i tres prestacions (prestació econòmica vinculada al servei, prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i prestació econòmica d'assistència personal). A més, s'estableixen ajudes econòmiques per a productes de suport i accessibilitat que faciliten l'autonomia personal.

Tenint en compte tot això podran ser persones usuàries del Centre de dia de Formentera:

- Les persones amb situació de dependència que convisquin amb els seus familiars i estiguin afectades d'algun problema de salut físic, de deteriorament cognitiu o de demència.
- Persones amb la malaltia d' Alzheimer.
- Persones amb discapacitats físiques o psíquiques.
- Persones amb malalties mentals. Altres persones o col·lectius sense la situació de dependència reconeguda, però que per problemes de salut físics, de deteriorament cognitiu o de demència o que per altres circumstàncies personals i/o socials necessitin suport i/o supervisió en les activitats de la vida diària (AVD).

L'estada de les persones usuàries al centre permet marcar uns objectius a acomplir en cada col·lectiu i així satisfer les necessitats que presenten cadascun d'aquests:

### **Àrea per a persones amb Alzheimer**

Servei destinat a persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències que requereixen mesures de suport, rehabilitació-tractament i seguiment especialitzat en règim diürn.

Els principals objectius són l'atenció continuada, l'avaluació, la teràpia cognitiva, l'estimulació física i funcional, potenciar el manteniment o la recuperació d'hàbits d'autonomia personal i el suport a les famílies (recolzament, formació, informació), buscant millorar la qualitat de vida.

### **Àrea per a persones amb discapacitat**

És un servei d'acolliment diürn per a persones amb discapacitat que per causa del seu grau d'afectació, tenen una manca d'independència personal i necessiten controls sanitaris periòdics i atenció assistencial (atenció i suport per a les activitats de la vida diària).

El principal objectiu és desenvolupar aquelles activitats que afavoreixin que el col·lectiu pugui assolir el màxim grau d'autonomia personal i d'integració social segons les seves capacitats. Els objectius que es proposen són:

- Atenció individual de les persones amb discapacitats
- Aconseguir el màxim grau d'autonomia personal i social
- Integració social

- Afavorir el manteniment en el domicili
- Donar suport a la família
- Rehabilitació funcional

### **Àrea de Malaltia Mental**

L'àrea per a persones amb malaltia mental és un espai relacional i terapèutic, de tipus comunitari, que permet que la persona usuària continuï integrada en el seu medi soci-familiar. Està dirigit a la rehabilitació psicosocial d'aquelles persones amb trastorn mental, amb un cert grau d'autonomia i estabilitat, i que no presenten situacions de desequilibri agut. El seu objectiu és la rehabilitació de les capacitats personals i habilitats socials dels pacients que es troben en situació de desestructuració i el suport psicosocial i psicoeducatiu a les famílies.

Els usuaris han de ser atesos mitjançant programes que permetin respondre a les necessitats sanitàries, soci-sanitàries i socials pròpies d'aquests trastorns, estats psicosocials que tendeixen a la discapacitat i a la irreversibilitat.

### **2.5. Personal**

La plantilla de personal s'ajusta al que disposa la normativa vigent de personal de la Comunitat Autònoma dels Illes Balears quant a ràtios de personal per a centres d'aquestes característiques, així com a principis de necessitats per garantir la correcta assistència de l'usuari i dins de la capacitat econòmica del Consell de Formentera respectant el principi d'austeritat pressupostària i aprofitament de recursos. D'aquesta manera la plantilla de personal queda composta de la següent forma:

- Director/a-psicòleg/a
- Treballador/a social
- Fisioterapeuta
- Tècnic/a en discapacitats
- Infermer/a
- Monitor/a
- Auxiliars geriàtrics-Treballador/a familiar
- Recepció-administració
- Cuiner/a
- Manteniment i Conducció
- Netejadors/es

El treball de l'equip tècnic del centre es realitza d'una manera interdisciplinària, tenint com a objectiu principal el desenvolupament i seguiment del programa terapèutic

individualitzat per a cada persona usuària. Aquest programa contempla el malalt d'una manera global i reflecteix l'estat de la seva situació en el moment d'incorporació al centre. Per a la realització d'aquest programa l'equip multidisciplinari utilitza la següent metodologia:

- Avaluació d'àmbits cognitius a través de tests neuropsicològics específics de cada àrea.
- Observació conductual per comprovar el seu nivell funcional real i les seves possibles conductes alterades.
- Establir un mapa individual de capacitats preservades, el nivell de manteniment de les mateixes i les capacitats alterades o perdudes.
- Establiment d'objectius generals de la intervenció, tenint en compte les capacitats preservades (sobre les quals es va a treballar) i les formes bàsiques d'interacció i comunicació amb el malalt.
- Establir uns objectius específics per àrees a treballar.
- Programar les activitats corresponents a cada objectiu.
- Desenvolupar i implementar tots i cadascun dels punts programats.
- Seguiment a través de reunions interdisciplinàries quinzenals i de re-avaluacions generals trimestrals.

El programa terapèutic individualitzat és, doncs, l'instrument que marca la intervenció amb cadascun dels usuaris que s'integren en el Centre de Dia, adaptant les activitats a les peculiars característiques de cadascun d'ells (capacitats residuals, fase evolutiva de la malaltia, tipus de discapacitat etc.).

### 3. Posada en marxa del servei del Centre de dia

Com ja s'ha esmentat anteriorment, l'engegada d'un centre d'aquestes característiques a Formentera, ha suposat un gran repte institucional i professional. Després de molts anys i diversos governs, la consecució d'aquest projecte esperat i criticat a parts iguals, suposa un pas més en l'adreça correcta cap al complet desenvolupament de la llei de dependència a la nostra illa, però encara falta molt per fer.

Tot i que des del punt de vista del servei, el centre de dia és un concepte homogeni, des del punt de vista de l'organització i dels mitjans utilitzats poden donar-se situacions molt variades que originen diferències significatives entre els diferents centres.

El Centre de dia de Formentera es va inaugurar el **14 de març de 2011** i va obrir les seves portes definitivament el 26 d'abril amb un nombre total de 9 usuaris. El nombre d'usuaris s'ha incrementat progressivament arribant als 15 que tenim en l'actualitat. En els seus escassos tres mesos de vida es pot fer una valoració positiva de la resposta general de la

població de l'illa, però també som conscients de les dificultats a les quals ens enfrontam per aconseguir els objectius plantejats. Els 15 usuaris actuals es divideixen en dos grups:

- 10 usuaris en el grup de majors dependents
- 5 usuaris en el grup de persones amb discapacitat

El grup de persones amb malaltia mental no ha pogut formar-se per falta d'usuaris a dia d'avui

Aquesta situació ens va fer replantejar-nos la distribució dels espais i es va prendre la decisió d'utilitzar una única àrea per als dos grups. En aquest cas vam optar per l'àrea d'Alzheimer per ser la de major capacitat. Els panells mòbils de la sala polivalent ens permeten distribuir l'espai segons les necessitats dels grups, podent d'aquesta manera treballar amb cadascun de forma independent i al mateix temps rendibilitzem al màxim els recursos dels quals disposem. Les altres dues àrees romanen tancades de moment fins a aconseguir un nombre suficient d'usuaris que assegurin la viabilitat de la seva obertura.

### 3.1. Anàlisi del recurs

L'anàlisi de la situació i l'experiència acumulada durant l'últim any mitjançant entrevistes a possibles usuaris, ens fa pensar que encara que el nombre d'usuaris actuals del centre està dins de les previsions inicials, el baix nombre d'ingressos pot ser a causa de diversos factors:

- **Factor econòmic:** malgrat la indubtable importància dels centres de dia i de l'esforç compartit entre les administracions públiques i els operadors privats, la veritat és que l'accés a aquest recurs no és qüestió fàcil en ocasions, trobant-se els qui necessiten aquest recurs, com una de les dificultats més importants, el cost al que han de fer front per a poder ser inclosos com a usuaris del mateix.
- **Factor cultural:** la societat formenterera encara té molt arrelada la tradició de proporcionar cures als seus majors en el propi entorn familiar i existeix la creença que les persones majors no poden estar millor ateses en un centre que en la seua casa.
- **Factor desconeixement:** a pesar que en l'actualitat està plenament demostrat que els centres de dia són un recurs adequat, doncs a més de proporcionar una atenció adequada per a cada fase de la malaltia, es facilita la permanència al propi domicili i permet a la família compatibilitzar el treball i altres activitats amb la millor atenció possible, la recent creació del recurs encara crea desconfiança en gran part de la població de Formentera. És necessari seguir amb la labor de promocionar i potenciar el centre de dia com a recurs adequat per a persones dependents. El fet que el centre de dia compti amb places per a tres col·lectius tan diferenciats ha suposat un augment en la confusió d'un sector de la



població que no acaba d'entendre la capacitat del centre per atendre a cada col·lectiu per separat i segons les seves característiques i necessitats assistencials.

- **Tramitació de dependència i canvi de prestació:** la tramitació de la dependència és un altre factor que endarrereix l'ingrés d'usuaris en el centre de dia, en molts casos per desconeixement dels passos a seguir i en altres casos en els quals la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar ja ha estat concedida, per por de canviar de escenari substituint la prestació per un copagament per ser assistit en el centre de dia ignorant si els resultats seran els desitjats.
- **Factor horari:** el model econòmic de Formentera és bàsicament estacional i dependent del turisme. Això suposa que durant els mesos estivals les jornades laborals s'allarguin i dificultin la conciliació entre la vida familiar i la laboral. Això suposa que per a molts familiars i cuidadors de persones dependents l'horari del centre sigui massa reduït i necessitin d'algun altre tipus de servei extern. En aquests cas la demanda és d'una major flexibilitat horària i ampliació estival del servei al cap de setmana.
- **Transport:** La població de Formentera viu en gran part disseminada en habitatges unifamiliars de zones rurals amb camins en ocasions de difícil accés. Aquesta situació comporta una dificultat de desplaçament afegida per a les persones amb mobilitat reduïda que suposa una demanda altíssima de transport adaptat per al centre de dia. En l'actualitat el centre disposa d'una furgoneta adaptada que proporciona aquest servei diari a 8 usuaris, això suposa una taxa de servei de transport per al 50% dels usuaris del centre. Ja s'han començat els tràmits per a l'adquisició d'una nova furgoneta en previsió de futures demandes, ja que més que un servei complementari, el transport adaptat és una necessitat bàsica per als nostres usuaris.

Malgrat tots aquests factors adversos, l'experiència fins al moment és positiva i tant usuaris com familiars s'estan adaptant a la dinàmica del centre satisfactòriament. Els primers resultats comencen a fer-se visibles quedant reflectits en un augment del 66% del nombre d'usuaris en els escassos tres mesos de funcionament i en la quantitat de persones interessades que s'aproximen al centre per demanar informació sobre el servei.

Per col·lectius, les xifres indiquen clarament que el grup de persones amb malaltia mental és el de més difícil accés i el més reticent a utilitzar el recurs de centre de dia com a opció vàlida per millorar la seva qualitat de vida. La inexistència de recursos i suports adequats per a aquest col·lectiu a Formentera ha tingut com a resultat una actitud conformista que els porta a demanar únicament recursos quan es troben en situació de crisi aguda. És per això necessari iniciar una campanya de sensibilització i foment dels beneficis que un centre d'aquestes característiques suposa per a la normalització i la integració social d'aquest col·lectiu.

El col·lectiu de persones amb discapacitat encara sent també difícil en el que a nombre d'ingressos al centre es refereix, està tenint una millor resposta que l'anteriorment esmentat. Això pot ser a causa en part del major treball realitzat amb aquest col·lectiu des dels Serveis Socials mitjançant tallers específics per a persones amb algun tipus de discapacitat. Aquests tallers tenien com a objectius principals:

- Millorar la qualitat de vida de les famílies que esta a l'atenció de persones amb algun tipus de discapacitat.

- Dinamitzar el col·lectiu de persones amb discapacitat a través d'activitats lúdiques.

- Informar, orientar i assessorar sobre recursos i ajudes tècniques existents a les famílies.

Aquests tallers han estat la base per a la incorporació d'usuaris amb discapacitat en el Centre de Dia, ja que per a aquest col·lectiu en concret, el recurs suposa un salt qualitatiu i quantitatiu en la provisió d'assistència.

#### 4. Conclusions

Després de descriure l'engedada, les característiques i la situació actual del Centre de dia de Formentera es poden destacar les següents conclusions:

1. Estam davant la primera infraestructura que pretén pal·liar el dèficit històric que en relació a l'atenció soci-sanitària ha existit a l'illa. Aquest fet implica tant un repte institucional com a professional. Després de molts anys la consecució d'aquest projecte suposa un pas més cap al complet desenvolupament de la llei de dependència a la nostra illa, però encara falta molt per fer.
2. Si bé l'apertura del Centre és una realitat, l'estructura i dimensions del mateix implica buscar línies de treball i col·laboració que ens permetin incrementar la carta de serveis actuals, per tal millorar l'assistència i cobrir les necessitats dels col·lectius atesos. Alhora s'ha de treballar per que el Centre sigui un espai on els esmentats col·lectius puguin rebre el suport adient, principalment en el cas de persones amb malaltia mental.
3. De forma periòdica apareix i desapareix l'interès pels centres de dia en l'atenció dels trastorns mentals. Aquests recursos han tingut defensors i detractors tant de tipus assistencial com des de la gestió dels serveis. En l'actualitat resorgeix l'interès com un servei que possibilita desenvolupar programes terapèutics de certa intensitat, amb un cost més raonable que les unitats d'hospitalització d'aguts. Donada la complexitat de la situació del col·lectiu de persones amb malaltia mental a Formentera, la solució

tampoc és senzilla. Perquè un recurs intermedi com el centre de dia funcioni de forma satisfactòria, ha d'existir una coordinació a la xarxa assistencial, per tant els ingressos i les altes han d'estar suficientment protocol·litzats. De tal sort que la continuïtat assistencial estigui assegurada. Protocol·litzar de forma adequada i convenient els criteris d'inclusió i d'exclusió és una tasca prioritària, sobretot per evitar fracassos, desencantaments, paralitzacions i marxes enrere.

4. El creixement del col·lectiu de majors que, en el seu procés d'envelliment, es poden trobar en situació de dependència és una realitat a l'illa. Aquest, és un fenomen de caràcter cultural i social, però sobretot nou, per la magnitud que implica l'esmentat creixement. Es per aquest motiu que hem de tenir clar que es un fet que atany a tothom i si es així és responsabilitat de tots, aquesta responsabilitat és compartida i com a tal els ciutadans han de defensar els seus drets, l'administració ha de garantir-los, els professionals hem de conèixer per tal de fer intervencions adients al fenomen i la societat ha de implicar-se per aconseguir millorar la qualitat de vida dels nostres majors.
5. Malgrat que l'obertura del Centre és recent, l'acolliment per part dels usuaris i familiars ha estat positiu, amb un augment del 66% sobre els usuaris inicials. D'altra banda i pel que fa a la població general l'obertura del recurs es viu des del desconeixement i amb la idea que és un recurs només adient per perfils amb un grau elevat de dependència i/o deteriorament amb encasa o nul·la possibilitat de recuperació o milloria.
6. Ni els usuaris ni els cuidadors conceben el Centre de dia com un substitut de la residència i la majoria no són partidaris d'ingressar en un centre residencial. La disposició a l'ingrés és major entre els cuidadors, especialment en el cas d'aquells que el seu familiar viu solament.
7. Els professionals del centre treballen actualment per tal de donar a conèixer el Centre i els seus serveis a la resta de població de l'illa. Un dels aspectes d'aquesta tasca és aconseguir la implicació i col·laboració del teixit associatiu per tal de millorar i ampliar l'assistència als usuaris i familiars. En aquest sentit les nostres futures línies d'actuació s'enfocaran cap a:
  - oferir un servei de major flexibilitat i millor adaptat a les necessitats individuals dels usuaris.
  - aprofundir en el dret a l'elecció i a la participació dels usuaris.
  - oferir una atenció sociocultural i educativa de major importància.
  - promoure una major integració del centre i dels seus usuaris en la comunitat.

## Referències bibliogràfiques

American Psychiatric Association. (2009). DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales . Barcelona: First, Michael B.

BOIB Num. 99 03-07-2010. Decret 86/2010, (2010, 25 de juny), pel qual s'estableixen els principis generals i les directrius de coordinació per a l'autorització i l'acreditació dels serveis socials d'atenció a persones grans i persones amb discapacitats, i es regulen els requisits d'autorització i acreditació dels serveis residencials... Extret el 20 de novembre de 2010 des de <http://boib.caib.es/pdf/2010099/mp28.pdf>

BOIB N u m . 1 3 0 de 3 0 - 1 0 - 2 0 0 1. Decret 123/2001, (2001, 19 d'octubre), de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament dels centres i serveis per a persones majors... Extret el 15 de novembre de 2010 des de <http://boib.caib.es/pdf/2001130/mp16339.pdf>

Fernández, R. Et al. (1990): Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Madrid: Martínez Roca.

Fernández, R. Et al. (1997): SERA: Sistema de evaluación de residencias de ancianos. Madrid: IMSERSO

Govern de les Illes Balears. Portal d'Atenció a Persones en Situació Especial, dades dependència a l'illa de Formentera. Extret el 20 de juny de 2011 des de <http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=10012209485614741511&lang=CA&cont=10190>.

Instituto Nacional de Estadística, dades de població general Illa de Formentera. Extret el 15 de juny de 2011 des de <http://www.ine.es/>

Legislació d'affers socials (2007). Col.lecció legislativa. Palma de Mallorca: Institut d'Estudis Autonòmics. Berrocal Vela, M<sup>a</sup> A.

Leturia, FJ. y Yanguas, JJ. (1992): Apoyo social en residencias de ancianos: enfoque teórico, diseño e implantación de un proyecto de intervención, Rev. Gerontología, 2: 95-101

Montorio, I.(1995): "La atención psicológica", en Rodríguez, P. (coord.), Residencias para personas mayores. Madrid: Manual de orientación, SG.

## Autors

### CARMEL REDONDO I FERRER

Formentera, 1973. Llicenciat en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Actualment treballa al Consell de Formentera i és director psicòleg del Centre de Dia de Formentera. Especialització en Direcció i Gestió de Centres i Residències, Recursos Humans, Neuropsicologia i Demències.

Amb anterioritat ha treballat com a psicòleg d'iniciativa privada amb infants, joves amb discapacitat i adults, tasca que ha compartit amb la docència a la UIB, Seu d'Eivissa (com a professor associat de l'àrea de Psicologia Bàsica, anys 2005-2006). Ha format part del programa d'intervenció en emergències (112), Conselleria d'Interior, Govern de les Illes Balears, anys 2008, 2009 i 2010, i dels equips d'Atenció Primària de la Conselleria d'Educació del Govern balear, Eivissa, any 2009, i ha participat en treballs d'investigació i publicacions a l'àrea de psicologia bàsica i psicologia de la salut en l'àmbit nacional.

### MARTA URIARTE ITUIÑO

Bilbao, 1970. Llicenciada en Filosofia i Ciències de l'Educació, secció de Pedagogia, per la Universitat de Deusto. Actualment és tècnica en discapacitats del Consell Insular de Formentera. Està especialitzada en temes relacionats amb la discapacitat i la malaltia mental i ha participat en múltiples treballs d'investigació a l'àrea, sobre els quals ha realitzat diverses publicacions tant nacionals com internacionals.

### AROA LÓPEZ FERNÁNDEZ

Barcelona, 1979. Diplomada en Treball Social, diplomada en Turisme i diplomada en Ciències Empresarials. Formació acadèmica i estudis d'especialització de la Diputació de Barcelona en temes d'intervenció en famílies amb menors amb risc a través de SAD. Va obtenir el títol de monitora a través de l'escola Pere Tarrés, Barcelona, i és titulada i federada en salvament, socorrisme i primers auxilis.

Actualment és treballadora social de l'equip de serveis socials i del Centre de Dia del Consell Insular de Formentera. Especialitzada en la Llei de dependència, desenvolupa tasques relacionades amb tota la gestió-valoració de la Llei de dependència.

Ha desenvolupat tasques de treballadora social i tasques relacionades amb la Llei de dependència en dos EBASP, a l'equip de serveis socials de l'Ajuntament de Tiana, Barcelona, i de l'Ajuntament de Sant Andreu de Llavaneres (Barcelona). Ha col·laborat amb la Fundació IRES, Departament de Justícia, Jutjats de Mataró, Barcelona, com a

delegada judicial en Mesures Penals Alternatives i també a Atenció Primària a Càritas, Badalona (Barcelona), i ha exercit com a monitora de lleure a la Ludoteca Tucutuc de Vilassar de Mar, Barcelona.



# DESCRIPCIÓ I VALORACIÓ DELS USUARIS I DELS RECURSOS DELS CENTRES DE DIA

---



## Descripció i valoració dels usuaris i dels recursos dels centres de dia

Antonia M. Abellán García  
Maria Elena Gimeno Domènech  
Caterina J. Massutí Sureda  
Jordi Parramon Coma

*(A José Antonio Delgado i a  
Julián Ticoulat, in memoriam)*

## Resum

*Les persones han vist com, sense deixar de viure al seu domicili habitual i amb els seus familiars, ha canviat la seva vida: se senten acompanyades i membres d'un grup, les malalties no els han fugit però estan controlades diàriament, fan activitats que milloren la seva salut psicofísica, fan coses interessants que abans no feien o havien deixat de fer, viuen.*

Així, amb el recull dels testimonis de familiars de persones usuàries, presentam el centre de dia Reina Sofia, després de l'experiència de setze anys des de la seva implantació dins els centres socioculturals.

En el fons, les estratègies professionals que desplegam i de les quals parlem en aquest article es poden resumir amb la frase inicial.

Entre les eines que tenim per aconseguir millorar el benestar de persones grans que presenten dependència funcional, la ubicació del centre de dia dins el centre sociocultural Reina Sofia destaca en importància. La convivència dels dos serveis dins el mateix espai físic ha estat una experiència molt innovadora als seus principis, que va provocar interessants debats sobre la convivència entre persones autònomes i persones dependents, que ha resultat tenir finalment efectes normalitzadors per al centre i que ens ha permès, a les persones grans usuàries dels serveis i als professionals que hi fem feina, experimentar el que avui s'anomena cultura positiva de l'envelliment.

Sistematitzar la intervenció professional, amb el disseny, l'adaptació i l'actualització dels protocols i la metodologia de treball, ha estat una prioritat per a tots els professionals que han format part de l'equip; aquest article pretén explicar-ne el procés.

## Resumen

*Las personas han visto como, sin dejar de vivir en su domicilio habitual y con sus familiares, ha cambiado su vida: se sienten acompañadas y miembros de un grupo, las enfermedades no han desaparecido pero están controladas diariamente, realizan actividades que mejoran su salud psicofísica, hacen cosas interesantes que antes no hacían o habían dejado de hacer, viven.*

Así, con la recopilación de los testimonios de familiares de personas usuarias, presentamos el centro de día Reina Sofía, tras la experiencia de 16 años desde su implantación en los centros socioculturales. En el fondo, las estrategias profesionales que desarrollamos y de las que hablamos en este artículo, se pueden resumir con la frase inicial. Entre las herramientas que tenemos para conseguir mejorar el bienestar de personas mayores

que presenten dependència funcional, la ubicació del centre de dia en el centre sociocultural Reina Sofia destaca en importància. La convivència de los dos serveis en el mateix espai físic ha sigut una experiència molt innovadora en els seus principis, que provocà interessants debats sobre la convivència entre persones autònoms i persones dependents, i que ha resultat tenir finalment efectes normalitzadors per al centre i que nos ha permès, a les persones majors usuàries dels serveis i a les professionals que treballem en ells, experimentar lo que hoy se denomina cultura positiva del envejecimiento. Sistematitzar la intervenció professional, dissenyant, adaptant i actualitzant els protocols i la metodologia de treball ha sigut una prioritat per a tots les professionals que han format part del equip i este article pretén explicar el procés.

---

## 1. Comencem pel principi

El centre de dia Reina Sofia es va inaugurar l'octubre de l'any 1988 amb el nom: Hogar de la Tercera Edad Reina Sofia. Depenia administrativament del Ministeri d'Afers Socials del Govern central.

Comptava amb director, treballadora social, metge, infermera i tres ordenances, treballadors de l'IMSERSO.

Hi havia dues perruqueries (femenina i masculina) i servei de cafeteria-menjador, a més d'un servei setmanal de podologia, tots aquests serveis es gestionaven mitjançant contractes externs.

*L'objectiu del centre era l'atenció diürna a persones grans amb autonomia personal per participar a les activitats i accedir als serveis.*

El personal sanitari, el metge i la infermera, tenien assignada com a funció principal dur a terme programes preventius i d'educació sanitària.

La treballadora social tenia al seu càrrec l'acollida dels nous usuaris, l'organització de l'atenció individualitzada i la dinamització de grups.

La participació dels usuaris en la gestió del centre es materialitzava amb l'organització bianual d'eleccions entre els nous usuaris i usuàries per conformar una Junta de Govern, regulada amb un reglament propi, anomenat *Estatuto básico de los centros de la tercera edad del IMSERSO* (Ordre maig 1985). L'*Estatuto* parla de les modalitats de centres, de la direcció, dels òrgans de participació i representació, dels usuaris, dels drets i deures i estableix un règim disciplinari.

La publicació del *Plan experimental de atención a personas mayores en régimen de estancia diurna en centros del IMSERSO*, mitjançant circular núm. 11/1/92, de 18 de novembre, va fer que els professionals del centre redactàssim un primer projecte d'implantació del nou servei dins el centre i que s'iniciassin les gestions per fer les obres d'adequació de les infraestructures del centre i la supressió de les barreres arquitectòniques (instal·lació d'un ascensor, construcció d'un bany geriàtric i dos banys de personal).

El mes de juliol de l'any 1995 s'implantà com a programa experimental el servei d'estades diürnes a la Llar Reina Sofia, amb una oferta de vint places. El servei funcionaria els dies feiners, de dilluns a divendres, de les 9.00 a les 17.00.

Pel que fa a la plantilla, es va augmentar a sencera la mitja jornada del metge i de la infermera i es va fer una contractació externa amb Creu Roja de tot un equip professional (terapeuta ocupacional, treballadora social, dues auxiliars d'infermeria, una monitora de temps lliure, un xofer i un acompanyant del transport), a més a més de la dotació d'un bus adaptat per al transport de persones dependents.

L'any 1996 es transfereixen els serveis de l'IMSERSO a la CAIB i es crea l'IBAS (Institut Balear d'Afers Socials).

El mes de novembre de l'any 1999, a partir de la consideració que el nou servei s'havia consolidat, atesa la valoració positiva del seu funcionament i la demanda de places pendents d'atenció, s'augmenta a vint-i-cinc l'oferta de places i es contracta una nova auxiliar d'infermeria a jornada sencera.

Per la seva banda, l'equip de professionals començam una feina de reflexió i d'intent de sistematitzar els processos d'intervenció al servei d'estades diürnes, que culmina l'any 2002 en la publicació per part de l'IBAS del llibre *Els serveis d'estades diürnes per a persones majors amb dependència*. L'equip de professionals del centre és el redactor de la segona part de l'obra, en la qual es presenta el seu model d'organització.

L'IBAS va gestionar els serveis del Govern adreçats a les persones grans fins al gener de 2004, data en què desapareix l'IBAS i es transfereix gran part de la seva gestió al Consell de Mallorca, que crea l'ISSEM per a la gestió de tots els serveis socials.

Des de juny de 2007, l'Institut es reorganitza, se'n separen les competències d'esports i passa a ser l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS).

L'any 2010 el Consell de Mallorca assumeix competències en matèria de valoració (a partir de la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència) i l'IMAS crea l'Àrea de la Dependència i Foment de l'Autonomia.

El mateix any el centre s'integra dins la Xarxa d'atenció a la dependència del Govern de les Illes Balears com a centre de dia especialitzat en dependència funcional, si bé això no suposa que deixi de ser gestionat per l'IMAS. A partir d'aquest moment, totes les persones que ingressen com a nous usuaris ho fan des del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) i l'equip tècnic del centre deixa d'intervenir en la valoració inicial (prèvia a l'ingrés) de les persones sol·licitants.

Al llarg de tot aquest temps de feina i d'acumulació d'experiència, els professionals hem intentat no deixar de banda l'adequació de la metodologia i dels instruments de feina i actualitzar el model presentat l'any 2002. La reflexió sobre la convivència del centre de dia i el centre sociocultural apareix molt sovint a les reunions de l'equip per observar-ne els resultats i aplicar-hi, si cal, mesures correctores, sempre en la línia de la normalització i de la integració.

Atesa la diferenciació de conceptes entre estada diürna i centre de dia que fa el *Libro Blanco de la dependencia* (IMSERSO 2004) i el Catàleg de Serveis de la Llei 39/2006, vàrem començar a parlar de centre de dia (definit com a servei terapèutic especialitzat al *Libro Blanco*) enlloc de servei d'estades diürnes.

## 2. El centre Reina Sofia avui

En aquests moments, el centre Reina Sofia atén vint-i-cinc persones amb dependència funcional i, alhora, funciona com a centre sociocultural per a persones grans.

Com a centre de dia sociocultural per a persones grans, té la finalitat de promoure i organitzar activitats primordialment de caire cultural i de foment de la convivència i l'ajuda mútua, per possibilitar un envelliment satisfactori. Té com a objectius fomentar l'autonomia personal i prevenir la dependència, potenciar l'autoestima, afavorir el manteniment actiu del cos i de la ment, facilitar hàbits saludables i promoure el desenvolupament de la capacitat creativa i artística.

En poden ser usuaris les persones més grans de seixanta anys, cònjuges o parelles de fet i els pensionistes més grans de cinquanta-cinc anys.

Es mantenen els serveis per als socis i sòcies i s'ha augmentat molt considerablement l'oferta d'activitats: ioga, tai-txi, gimnàstica, ball de saló, teatre, pintura, dibuix, ceràmica, punt mallorquí, pintura damunt tela, cuina, cant coral, aula d'informàtica (des de gener de 2003, per conveni de col·laboració amb Fundació la Caixa).

I com a centre de dia per a persones grans amb dependència funcional ofereix serveis

d'acollida i suport, amb finalitat terapèutica i rehabilitadora, així com assistència per a les activitats de la vida diària, de manera que facilita a les persones grans la permanència en el seu entorn familiar habitual.

S'hi accedeix per la Xarxa d'Atenció a la Dependència del Govern de les Illes Balears.

Pel que fa a l'equip de professionals, s'ha suprimit la plaça de metge i està en procés la creació d'una nova plaça de fisioterapeuta per al centre de dia.

Part de l'equip de professionals del centre es manté mitjançant contractació externa.

La creació del SAAD i la integració del centre de dia dins la Xarxa d'Atenció a la Dependència del Govern de les Illes Balears ha suposat un canvi en el model de feina de l'equip professional i encara actualment ens trobam immersos en procés d'adaptació. El fet de no intervenir en la valoració prèvia de les persones sol·licitants de plaça ens ha duit a centrar molt més les intervencions professionals en l'observació/valoració del període de prova dels nous usuaris i en el disseny del PIA.

## **2.1. El centre de dia: definició del servei i del perfil dels usuaris**

*La relació, tot i que es guia pels principis de la professionalitat, vol fugir de relacions tecnificades. Intentar aconseguir un ambient de cordialitat, simpatia, amabilitat, tolerància, respecte i comprensió, dins d'un context distès i amb bon humor, és tan important per als nostres equips com elaborar un diagnòstic adequat o un bon programa d'atenció individual.*

**De la publicació *Els serveis d'estades diürnes per a persones majors amb dependència* (part II, sobre els principis del centre de dia), IBAS 2002.**

### **2.1.1. Les característiques que defineixen el servei:**

- El centre de dia ofereix serveis d'acolliment i suport, amb una finalitat terapèutica i rehabilitadora, així com assistència per a les activitats de la vida diària per facilitar a les persones grans la permanència en el seu entorn familiar habitual.
- En són destinatàries les persones més grans de seixanta anys, o de cinquanta-cinc si són pensionistes, que convisquin amb els seus familiars i estiguin afectades d'algun problema de salut físic. L'atenció a les persones usuàries s'organitza a partir de la confecció d'un Programa Individual d'Atenció (PIA) per part de l'equip professional, per tal d'oferir una atenció integral que abraça les àrees social, sanitària i funcional.

- El transport adaptat del centre es considera un servei complementari que es concedeix a les persones usuàries segons la valoració sociofamiliar de l'equip tècnic i la ubicació dels seus habitatges.
- La permanència de les persones usuàries es manté mentre la situació s'adapti al seu programa individual d'atenció; l'agreujament dels problemes de salut que augmentin la seva dependència, els canvis en la situació familiar i els problemes de conducta són fins ara els motius de baixa i derivació a altres serveis més adients.

### 2.1.2. Sobre el perfil de les persones usuàries:

Parlam de perfil a partir de dos criteris bàsics: l'entorn i la dependència.

Entenem el centre de dia com a recurs adient per a les persones que conviuen en el seu entorn habitual i reben l'atenció adequada que la seva dependència requereix de part de la família, però sense descartar el suport formal.

Els professionals del centre de dia Reina Sofia entenem que aquests han d'estar especialitzats i s'han d'organitzar per perfils. Per les característiques del tractament que requereixen, s'ha de distingir entre les persones amb deteriorament cognitiu i les que no en presenten.

Les característiques estructurals i ambientals del centre de dia Reina Sofia, ubicat dins les dependències d'un centre sociocultural per a persones grans, varen determinar que les persones usuàries d'aquest havien de tenir un perfil de dependència funcional i que s'havien de posar les mesures per facilitar la interacció. El perfil físic s'adaptava molt més bé a les característiques físiques, socials i organitzatives del centre.

## 3. Les referències normatives

Ens remuntam a cinc anys abans de la publicació del *Plan Experimental* de l'IMSERSO per trobar legislació i mesures reguladores de l'organització de serveis per a persones grans que els permeti mantenir-se al seu domicili i entorn social:

- **Llei 9/1987**, del Govern Balear d'11 de febrer, d'**acció social**; posa en marxa un conjunt d'accions de protecció social pública adreçades a facilitar el desenvolupament de les persones i dels grups, a satisfer mancances i a prevenir i pal·liar els factors i les circumstàncies que produeixen marginació i exclusió social. El punt c) de l'article 10, sobre els serveis socials específics diu: *D'assistència a la Tercera Edat, per tal d'assegurar el benestar dels ancians, d'afavorir-ne el manteniment en el seu entorn habitual de vida i d'evitar-ne la marginació.*

- El **Plan Gerontològic**, pla estatal redactat l'any 1991 per iniciativa del Ministeri d'Afers Socials, amb la participació del Ministeri de Treball i Seguretat Social, fa una molt important contribució a articular i a donar rigor a les polítiques socials envers les persones grans:

*Àrea de Servicios Sociales. Objetivo general 3: Promover la salud de los mayores y mejorar su bienestar físico, psíquico y social.*

*Àrea de Servicios Sociales. Objetivo general 7: Ofrecer unos servicios sociales idóneos para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores, potenciando sobre todo el desarrollo de aquéllos que propician su autonomía personal, la permanencia en el domicilio y la convivencia en su entorno habitual de vida.*

- La circular de l'IMSERSO núm. 11/1/1992, de 18 de novembre, publica el *Plan experimental de atención a personas mayores en régimen de estancia diurna en centros del IMSERSO*.
- **Pla Integral de les Persones Majors**, iniciativa de la Direcció General d'Acció Social de la Conselleria de Presidència del Govern de les Illes Balears, aprovat pel Parlament el novembre de 1998. Es presenta com un pla específic per a les Balears que en el plantejament teòric fa molt d'èmfasi en la recomanació de crear fórmules de participació activa de les persones grans i també dels professionals en el disseny dels models d'intervenció/atenció de les persones grans:

*Afavorir i fer viable la permanència de les persones majors en el seu domicili i entorn natural proveïnt de serveis la comunitat (objectiu general núm. 5). Promoure la creació de serveis d'estades diürnes en els centres de dia amb la transformació de recursos existents o la creació de nous (objectiu específic núm. 5.4).*

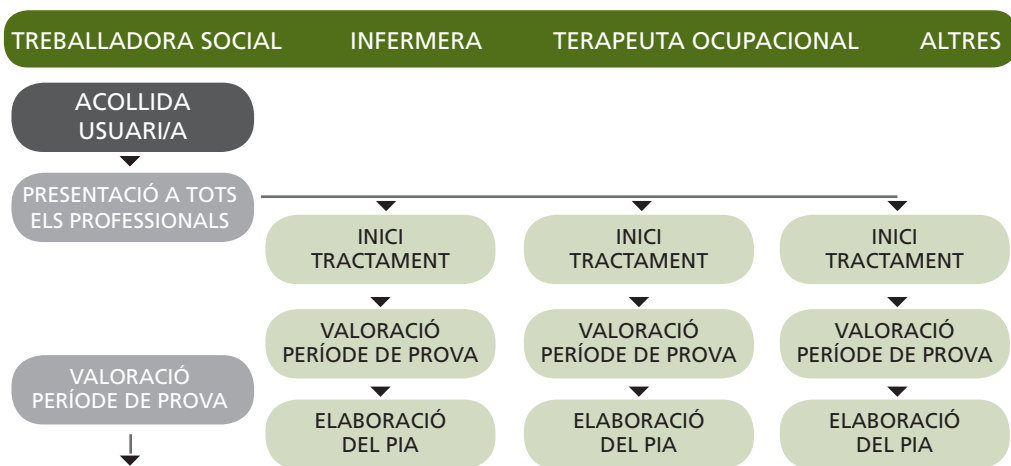
- El **Pla Estratègic de les Persones Majors de les Illes Balears** de l'any 2001, al capítol 3, presenta un *Diagnòstic social dels centres de dia*.
- Publicació d'**Els serveis d'estades diürnes per a persones majors amb dependència** (IBAS 2002). L'equip del centre Reina Sofia publica la proposta concreta d'un model de servei d'estades diürnes: la definició, les característiques, els recursos humans i professionals, els documents de sistematització de la feina i els instruments de valoració i seguiment.
- **Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament de centres i serveis per a persones majors, tant públics com privats, del territori de les Illes Balears**, en el seu Títol I, art. 2 i en especial en el seu Títol II, defineix els centres de dia, els seus objectius, les seves funcions, els seus usuaris, la pèrdua de condició d'usuari, les condicions materials i



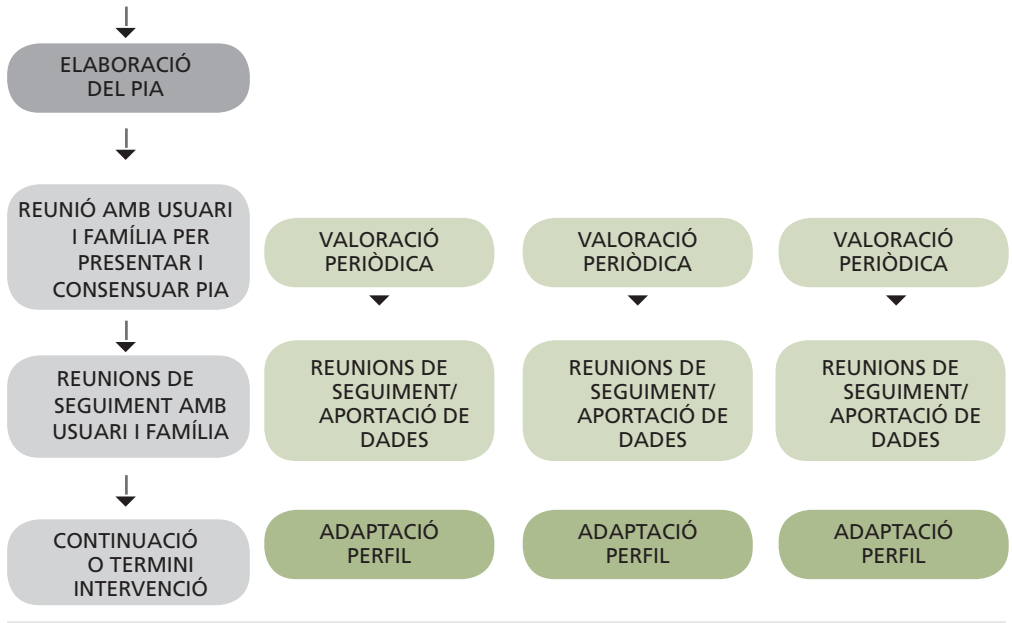
arquitectòniques específiques i els requisits del personal, per complir amb qualitat les seves comeses i per ser autoritzada la seva creació, obertura i funcionament continuat.

- **La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència** crea el Sistema d'Atenció a la Dependència (SAAD), la qual cosa suposa un canvi en els protocols del centre, que passen a ser determinats pel nou sistema. La Llei relaciona els centres de dia per a persones grans al catàleg de serveis (article 15) i els defineix com a *servei que ofereix una atenció integral durant el període diürn a les persones en situació de dependència, amb l'objectiu de millorar o mantenir el millor nivell possible d'autonomia personal i donar suport a les famílies o cuidadors. En particular cobreix, des d'un enfocament biopsicosocial, les necessitats d'assessorament, prevenció, rehabilitació, orientació per a la promoció de l'autonomia, habilitació o atenció assistencial i personal* (article 24.1).
- **Llei 4/2009 d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears**, en el capítol III, article 21, defineix que *les Prestacions Tècniques són els serveis i les intervencions que duen a terme els equips professionals que s'adrecen a la prevenció, el diagnòstic, la valoració, la protecció, la promoció de l'autonomia, l'atenció i la inserció de les persones, les unitats de convivència i els grups en situació de necessitat social*, i fa referència a l'atenció diürna com a prestació tècnica.

#### 4. Diagrama de flux



continua



## 5. Programes d'intervenció professional

### 5.1. Programa d'intervenció en equip: disseny del PIA

El Programa Individual d'Atenció és el document en què l'equip professional conjuntament, a partir de la valoració psicosocial i funcional, proposa els objectius a aconseguir amb cada persona usuària del programa.

De manera orientativa, hi ha establert un temps d'entre dues i tres setmanes per enllestir el document i començar el procés d'anàlisi amb tot l'equip i de presentació a la persona usuària i a la família.

Els punts de partida són:

- El **diagnòstic** de cada professional, a partir dels informes rebuts, les entrevistes, si cal, amb la persona usuària, els cuidadors i altres professionals de referència, així com els resultats de les escales de valoració específiques.
- L'**observació** del procés d'integració del nou usuari a la dinàmica del centre, amb les aportacions de les auxiliars d'infermeria, el monitor ocupacional i el personal de transport (si n'és usuari/a).

A partir de les intervencions des de cada àrea professional (infermeria, teràpia ocupacional i treball social), el PIA marca els objectius a aconseguir per millorar la qualitat de vida de cada persona usuària.

Una vegada que el document s'ha revisat i analitzat amb tot l'equip, es convoca una reunió amb la persona usuària i els seus familiars cuidadors per fer-ne la presentació, conèixer la seva opinió i, finalment, consensuar-lo amb ells. Consensuar per a nosaltres implica comptar amb el compromís d'usuaris i familiars de participar en el procés; per tant, cal que l'entenguin, l'acceptin i assumeixin la seva part d'implicació.

El Programa Individual d'Atenció és un document viu que es va modificant o bé per les circumstàncies vitals de cada persona o bé per les intervencions professionals; tot i que es van fent les anotacions pertinents en funció de les circumstàncies i de les intervencions que aquestes requereixen, es revisa formalment amb la persona usuària i la família cada sis mesos.

## 5.2. Programes d'intervenció des de treball social

la treballadora social del centre és la professional de referència quant a la **informació** i a la **coordinació amb altres serveis i professionals de l'àmbit sociosanitari**.

D'acord amb el SAAD, és la que coordina els ingressos i les baixes del centre de dia.

També actua d'enllaç-coordinació entre el centre de dia i el centre sociocultural, intervenint directament, conjuntament amb el terapeuta ocupacional en les estratègies d'integració de persones del centre de dia en activitats del centre sociocultural.

Objectius de la intervenció social:

1. Valorar l'adequació inicial de la necessitat personal del programa
2. Detectar la capacitat i disponibilitat familiar (prevenir claudicacions)
3. Propiciar l'admissió de l'usuari des d'una perspectiva normalitzada
4. Afavorir la implicació de la família en el procés
5. Facilitar la integració de l'usuari en la vida del centre
6. Obtenir el coneixement continuat de l'ajust i la pertinença del recurs a la situació-problema

7. Promoure la dimensió comunitària en la intervenció

8. Col·laborar de manera continuada amb l'equip d'intervenció

### 5.2.1. Programa d'acollida

Atesa la intervenció directa en la informació inicial sobre el centre de dia i la forma d'accés, la treballadora social del centre és el professional de referència per als nous usuaris i familiars en el moment de l'ingrés.

#### OBJECTIUS

- Organitzar els nous ingressos, en coordinació amb els professionals i serveis.
- Afavorir una bona integració.
- Fer el seguiment del període de prova.
- Dissenyar el Programa Individual d'Atenció, conjuntament amb els altres professionals de l'equip.

#### ACTIVITATS

- Citació.
- Prèviament a l'ingrés previst i conjuntament amb la resta de l'equip tècnic, es manté una reunió de presentació del nou/nova usuari/a a les auxiliars, a la infermera i al monitor ocupacional. La persona no hi és present i es trasllada als professionals que hi han d'intervenir la informació rellevant sobre el nou usuari i els objectius que inicialment es plantegen mentre es dissenyi el PIA.
- Entrevista d'acollida amb el nou usuari i el familiars cuidadors: presentació dels treballadors del centre i orientació en l'espai: visita a les instal·lacions del centre.
- Intervencions de seguiment del procés d'integració; les característiques de cada nova persona usuària determinaran les intervencions necessàries: observació, entrevistes amb l'entorn de l'usuari, reunions amb els professionals de l'equip i/o entrevistes amb l'usuari.

### 5.2.2. Programa d'intervenció amb famílies

Tot i que la intervenció amb les famílies de les persones usuàries del centre és un programa transversal en el qual hi intervenen tots els professionals, la coordinació de les intervencions és responsabilitat de la treballadora social del centre.

Parlem de *tenir cura dels que cuiden* quan oferim des dels nostres serveis suports que complementin la feina que desenvolupen les persones cuidadores.

L'objectiu de l'equip del centre de dia és incorporar els familiars al pla de cures i desenvolupar programes específics per tal que es mantinguin.

Cal avaluar inicialment la càrrega dels cuidadors amb l'objectiu de oferir-los els suports adients per reduir-la i evitar la claudicació, així com prevenir els conflictes familiars relacionats amb el rol de cuidador.

Com a equip entenem que les circumstàncies individuals de cada usuari i família determinaran les àrees d'intervenció professional: en cas de suport instrumental, per exemple, serà el terapeuta ocupacional de l'equip el professional encarregat de treballar amb aquesta família o en cas d'organització del pla de cures ho serà la infermera.

Les àrees relacional i psicoafectiva són les d'intervenció des de treball social.

L'objectiu general de la intervenció amb les famílies és afavorir la conciliació entre la vida familiar i professional.

#### **OBJECTIUS ESPECÍFICS:**

- Afavorir la col·laboració de la família amb el centre.
- Oferir informació, orientació i assessorament sobre recursos formals per compartir les cures.
- Proporcionar coneixements i habilitats per afrontar les cures amb les més bones condicions.
- Dotar la família d'estratègies per reduir l'estrès: tècniques de relaxació i d'organització del temps, interpretació i expressió d'emocions, entrenament en maneig i resolució de problemes.
- Proporcionar estratègies per compartir les cures amb altres membres de l'entorn familiar.

#### **ACTIVITATS**

- Avaluació inicial de la càrrega de la persona cuidadora, utilitzant l'escala de Zarit.
- Entrevistes individuals de suport emocional.
- Mobilització dels recursos complementaris i dels serveis d'atenció específics: ajuda a domicili, estades temporals.
- Organització de sessions grupals de formació (amb la participació dels professionals de l'equip i també externs).
- Organització d'espais de trobada facilitadors dels quals pugui sorgir un grup d'autoajuda.
- Informar sobre activitats externes adreçades a persones cuidadores (tallers dels centres de salut, conferències o publicacions d'interès).
- Recollir les propostes d'activitats dels cuidadors i afavorir que es puguin dur a terme.

La intervenció amb les persones cuidadores depèn de la disponibilitat i de les demandes d'aquestes. En la nostra experiència, les intervencions a nivell individual són constants en el temps, mentre que les de grup varien segons les característiques dels familiars d'una determinada etapa.

El perfil de familiar cuidador gran i jubilat és el més participatiu i demandant d'activitats de grup; en canvi, els cuidadors més joves, amb activitat laboral i altres càrregues familiars, demostren menys interès per les activitats grupals i demanen intervencions individualitzades ajustades a la seva disponibilitat de temps.

L'equip, tenint en compte l'observació anterior i sense perdre la perspectiva que les activitats grupals amb familiars poden tenir efectes molt positius, desplegam les estratègies necessàries per organitzar-les en el moment i amb la freqüència que ens garanteixin les més altes possibilitats d'èxit.

### 5.2.3. Programa de coordinació del transport

Fins al moment actual, el centre de dia no es troba territorialitzat. Tot i que la tendència és que en el futur les persones usuàries siguin residents d'una determinada zona geogràfica propera al centre, ara poden venir persones residents a qualsevol barri de Palma i, fins i tot, a un altre municipi (cal tenir en compte que el centre està gestionat pel Consell Insular).

Aquesta característica determina que **l'equip tècnic té la competència de valorar la concessió del transport** als usuaris que ho sol·liciten.

Els criteris que s'avaluen per valorar la **concessió** són:

- Ubicació de l'habitatge (aquesta dada és en part exclouent, atès que en els casos de viure fora dels itineraris fixats se'ls ofereix només la possibilitat d'utilitzar un dels punts de recollida).
- El grau de dependència (una persona amb un grau de dependència elevat té moltes dificultats per desplaçar-se en un transport no adaptat).
- La disponibilitat dels cuidadors.

Pel que fa a l'**organització i al funcionament**, els criteris fonamentals són:

- Que els trajectes no suposin per a cap usuari més de quaranta-cinc minuts de durada.
- Que tant a l'anada com a la tornada els usuaris han d'estar acompanyats.

Tot i que intervé en el procés global de valoració, correspon a la treballadora social aportar a l'equip les dades referides al tercer criteri de valoració.

#### OBJECTIUS

- Valorar la necessitat de transport
- Informar del funcionament del servei

- Coordinar els horaris
- Aportar al personal del transport la informació necessària sobre les persones usuàries per desenvolupar la seva feina
- Recollir aportacions, suggeriments i demandes dels usuaris i familiars
- Resoldre conflictes

### ACTIVITATS

- Estudi de la xarxa familiar pel que fa a la necessitat de concedir el servei de transport: redacció d'un informe social.
- Entrevista inicial amb les noves persones usuàries i els seus cuidadors per informar-los detalladament dels horaris i llocs de recollida de cada un, així com sobre el funcionament del servei (se'ls entrega un full amb el protocol de funcionament del servei de transport: número del telèfon mòbil per a avisos 24 hores/actuació en cas de retards o avanços en els horaris/actuació en cas de no haver-hi la persona cuidadora al lloc de recollida).
- Reunions periòdiques amb el xofer i l'acompanyant per fer el seguiment del servei.
- Intervencions per resoldre incidències o conflictes.
- Programar les noves altes i ajustar, si cal, les rutes establertes fins al moment.
- Recollir el grau de satisfacció del servei per part dels usuaris i familiars cuidadors (fins ara no s'han passat qüestionaris de satisfacció i aquesta dada es recull a la reunió de seguiment del PIA).
- Coordinació amb els professionals del servei d'ajuda domiciliària si també intervenen en la preparació dels usuaris per anar al centre de dia i/o tornar-ne.

#### 5.2.4. Programa de coordinació del voluntariat

L'IMAS té un programa específic de captació i suport de les persones voluntàries dels centres de gent gran de gestió directa.

Per això, les persones que sol·liciten fer voluntariat al centre de dia són derivades al servei de l'IMAS, que té cura de valorar-ne l'aptitud, donar-los formació específica inicial i periòdica, tramitar-los l'assegurança pertinent, així com assignar-los el centre.

A partir d'aquest moment, en coordinació amb l'equip, la treballadora social que fa l'acollida a les persones voluntàries acorda amb elles els dies i les hores que hi dedicaran i quina serà la seva funció, i les presenta a la resta dels professionals i a les persones usuàries. També fa periòdicament el seguiment de l'assistència i la valoració de l'activitat.

L'espai d'intervenció de les persones voluntàries se situa en les tasques complementàries a les dels professionals de l'equip: escoltar i acompanyar són les funcions primordials.

A la pràctica, el suport a les activitats dirigides pel terapeuta ocupacional i el monitor ocupacional és la tasca que l'equip assigna als voluntaris i, per això, cal que disposin d'una bona informació sobre el funcionament del centre de dia, participin en espais de trobada amb els professionals del centre i disposin dels coneixements necessaris sobre les persones usuàries quant a mobilitat, habilitats i els altres aspectes que sigui important que coneguin per complir la seva funció.

### **OBJECTIUS**

- Informar sobre el programa de voluntariat de l'IMAS i difondre'l
- Acollida de les persones voluntàries del centre de dia
- Coordinar amb l'equip professional el disseny dels programes d'activitats dels voluntaris
- Donar suport i fer el seguiment

### **ACTIVITATS**

- Entrevistes d'acollida
- Suport a la integració dels nous voluntaris
- Entrevistes de seguiment: valoració dels aspectes pràctics i del motivacional
- Participar a les reunions de coordinació del programa de voluntariat de l'IMAS
- Recollir els suggeriments i les aportacions dels voluntaris
- Participar amb l'equip de professionals en l'organització d'activitats extraordinàries (sortides a l'exterior, festes, tallers específics) i coordinar la participació dels voluntaris
- Resolució de conflictes

## **5.3. PROGRAMES D'ATENCIÓ SANITÀRIA**

Fer feina a un centre de dia és una experiència molt enriquidora. Parlam d'una població d'edat avançada i dependent, amb poca interacció social, a la qual l'ingrés al centre de dia suposa un canvi considerable en la seva vida; un conjunt de circumstàncies que els tornen a motivar i ens ajuden a poder intervenir per millorar la seva salut.

La característica del centre Reina Sofia, com a centre sociocultural i a la vegada centre de dia, dóna l'oportunitat de comptar amb una infermera tota la jornada, això implica disposar de temps per fer les cures i de les condicions adients per atendre les necessitats relacionades amb salut que plantegen les persones usuàries.

Les intervencions d'infermeria dins el centre de dia tenen tres pilars bàsics:

\*La predisposició i acceptació de les persones usuàries a participar activament en el procés de millora i manteniment de la salut, sempre des del respecte a la seva dignitat i autonomia per decidir.



\*La implicació del cuidador principal és primordial per aconseguir la necessària interacció centre de dia/domicili.

\*La col·laboració de les auxiliars amb les cures és el tercer pilar del bon funcionament, que requereix disposar d'un espai organitzat per a la coordinació.

### **5.3.1. Programa d'acollida**

Té com a finalitat bàsica recopilar les dades de salut i explicar el funcionament del centre a nivell sanitari i les pautes a seguir.

#### **OBJECTIUS**

- Tenir una història actualitzada, amb les dades de salut de cada usuari
- Informar els nous usuaris i curadors dels rols de l'equip sanitari dins el centre de dia
- Establir la comunicació amb els curadors principals
- Establir coordinació amb les infermeres del centre de salut de cada usuari

#### **ACTUACIONS**

- Planificació i realització de la primera entrevista d'acollida amb el nou usuari i els curadors principals
- Recollida de dades de salut: medicació, dieta, control d'esfínters, patologies cròniques i hàbits higiènics
- Explicació i presentació detallada dels programes d'infermeria
- Explicació en detall de qüestions bàsiques d'organització i funcionament

### **5.3.2. Programa d'atencions bàsiques d'infermeria**

En base a les característiques pròpies de la població que atenem, s'ha demostrat que és imprescindible sistematitzar de manera metòdica la presa de constants vitals, establir controls antropomètrics periòdics, valorar el nivell cognitiu i fomentar una bona adherència al tractament farmacològic, establint les mesures necessàries per prevenir, minimitzar o corregir problemes de salut.

És evident, i ja hi hem fet referència anteriorment, que la comunicació constant amb els familiars curadors resulta fonamental per obtenir bons resultats en les intervencions, però també ho és el contacte amb els centres de salut que atenen els usuaris. Atès que no hi havia establerts espais de coordinació organitzats institucionalment, hem començat per iniciativa pròpia a establir contactes amb les infermeres de referència dels usuaris del centre de dia, la qual cosa ens permet fer el seguiment de les actuacions i no duplicar-les.

**OBJECTIUS**

- Educació sanitària
- Disminuir complicacions i seqüeles de les patologies existents
- Detectar casos d'automedicació i poca adherència als tractaments
- Administrar els medicaments prescrits als usuaris
- Valorar i fer el seguiment del nivell cognitiu
- Formar les persones curadores en les atencions sanitàries bàsiques
- Potenciar el màxim nivell d'independència dels usuaris

**ACTUACIONS**

- Valoració inicial i periòdica de cada usuari
- Prescripció del pla de cures d'infermeria
- Seguiment i control de la presa de medicació
- Presa periòdica de constants
- Avaluació periòdica de les capacitats cognitives, mitjançant el Mini-mental
- Establir estratègies per prevenir l'automedicació (entrevistes individuals i tallers grupals)
- Comunicació oral i/o per escrit amb els familiars curadors i amb les infermeres dels centres de salut sobre l'evolució de cada usuari
- Derivació als serveis d'urgència en cas de necessitat
- Coordinació de les actuacions sanitàries amb auxiliars d'infermeria
- Coordinació de les actuacions sanitàries amb el terapeuta ocupacional

**5.3.3. Programa d'higiene**

La higiene adequada, així com la bona hidratació en les persones grans, garanteixen la prevenció d'alteracions importants de la salut, alhora que fomenten l'autoestima i afavoreixen les relacions interpersonals, evitant l'aïllament social.

**OBJECTIUS**

- Valoració integral dels hàbits higiènics dels usuaris
- Planificar pautes d'higiene adaptades a cada usuari
- Detectar i corregir hàbits inapropiats
- Fomentar el coneixement sobre la importància dels bons hàbits
- Prevenir alteracions en la integritat de la pell i infeccions
- Potenciar el màxim nivell d'autonomia per a l'endrec personal dels usuaris

**ACTUACIONS**

- Examinar l'estat higiènic integral dels usuaris
- Planificar els banys que es donaran a les instal·lacions del centre, juntament amb les pautes adaptades a les característiques de cada usuari
  - Supervisar les intervencions de les auxiliars en la higiene dels usuaris

- Organitzar tallers d'educació sanitària adreçats a usuaris i familiars curadors
- Recomanacions quant a sabons a utilitzar, hidratants i roba i calçat apropiat i segur

### 5.3.4. Programa alimentació i nutrició

L'alimentació diària dels usuaris en el centre està supervisada per infermeria. La dieta és equilibrada i adaptada a les necessitats de cada usuari (blana, diabètica, hiposòdica, etc). Als cuidadors se'ls comunica el menú mensual perquè puguin completar la dieta a casa.

Un punt molt important en l'alimentació és aconseguir potenciar que les persones usuàries s'alimentin de manera autònoma dins les seves limitacions. Això és treball de la infermera i del terapeuta ocupacional, conjuntament amb les auxiliars.

L'alimentació és el primer pas per aconseguir una adequada qualitat de vida de les persones, les condicions de vida familiars, socials i econòmiques influeixen sobre els hàbits alimentaris, per això la relació entre alimentació i salut s'ha d'abordar des d'un enfocament multidisciplinari. L'existència de patologies cròniques s'accentua amb l'edat avançada, per la qual cosa els hàbits alimentaris es veuran modificats. La malnutrició, tant per excés com per defecte, és freqüent en aquesta etapa i fa que el treball de supervisió per part d'infermeria sigui prioritari.

#### OBJECTIUS

- Valorar els hàbits d'alimentació dels usuaris
- Detectar i corregir hàbits inadequats
- Planificar les dietes adaptades a les característiques de cada usuari
- Fomentar una hidratació adequada
  - Fomentar els coneixements sobre alimentació i nutrició
  - Potenciar el màxim nivell d'autonomia dels usuaris per a l'alimentació i hidratació

#### ACTUACIONS

- Examinar l'estat nutricional i d'hidratació de cada usuari
- Modificar les dietes en cas de necessitat
- Dissenyar els menús mensuals
- Establir pautes d'hidratació
- Organitzar xerrades sobre alimentació amb usuaris i curadors
- Assessorar el personal de cuina

### 5.3.5. Programa d'eliminació

La incontinència urinària és un problema de gran incidència en la gent gran, deteriora la qualitat de vida, limita l'autonomia personal, provoca alteracions en la integritat de la pell, té importants repercussions psicològiques i socials, com baixa autoestima o aïllament

social, i provoca un enorme abast sanitari.

És important resaltar que la incotinència no és un fenomen normal de l'envelliment. Les causes de la incotinència poden ser transitòries o establertes i es poden classificar en diversos tipus: d'esforç, d'urgència, per vessament, o mixta.

Les limitacions i dependències en relació amb la mobilitat poden contribuir a una incotinència urinària quan existeixen dificultats per accedir al lavabo i, si hi ha barreres arquitectòniques, el problema s'agreuja encara més.

### **OBJECTIUS**

- Valorar el tipus d'incotinència que presenta l'usuari
- Valorar l'administració de tractament farmacològic específic per al tractament de la incotinència
- Mantenir la integritat de la pell en la zona perineal
- Afavorir el benestar físic i psíquic dels usuaris
- Oferir educació sanitària sobre el control d'esfínters als usuaris i cuidadors

### **ACTUACIONS**

- Conèixer el patró d'eliminació de cada usuari
- Planificar les cures en relació amb els hàbits d'eliminació de cada usuari
- Controlar periòdicament les característiques de l'eliminació
- Proporcionar hàbits higiènics necessaris associats a la incotinència
- Realitzar tallers d'entrenament vesical

## **5.4. Programes de teràpia ocupacional**

Des de l'inici, el Centre de dia Reina Sofia i la Teràpia Ocupacional començaren a fer les primeres passes conjuntament; tot i el desconeixement general i l'escassa presència de professionals d'aquesta disciplina als serveis de les Illes Balears en aquell moment, la teràpia ocupacional ha format part de l'organigrama de l'equip tècnic; s'ha evidenciat així la necessitat, utilitat i importància d'aquesta disciplina en el desenvolupament d'una filosofia de prevenció, millora i acompanyament sense la qual no s'entendria l'evolució i el reafirmament en els objectius generals del centre de dia Reina Sofia.

Alhora, també demostra l'experiència, la solidesa, així com les fortes inquietuds del conjunt de professionals que formaven part de la Llar Reina Sofia, per donar resposta a les necessitats de les persones grans.

Les persones grans i els familiars cuidadors han estat la base i l'objectiu de tots els programes que s'han desenvolupat al llarg d'aquest temps. La teràpia ocupacional,

mitjançant la valoració de les habilitats motores, cognitives, perceptives i psicosocials de les persones grans, ha establert un conjunt de programes que estan en revisió i adequació constant al llarg d'aquest temps.

Per tal de dur a terme els programes de teràpia, dissenyats i dirigits pel terapeuta ocupacional del centre, es necessita la intervenció constant i directa de les tres Auxiliars d'Infermeria, així com del Monitor Ocupacional.

La responsabilitat, coordinació i professionalitat d'aquestes figures permeten desenvolupar amb èxit els diferents programes entre el grup d'usuaris del servei d'estades diürnes.

Com a objectiu general del terapeuta ocupacional dins el centre de dia i els seus programes, hi ha el manteniment de la màxima independència de l'usuari per tal de dur endavant el desenvolupament de les activitats de la vida diària (AVD).

La metodologia de feina s'adapta segons necessitats i objectius al treball grupal o individual amb l'usuari, així com la integració dels familiars dins el procés de feina. Aquesta metodologia de feina escenifica un situació en què l'usuari i els seus familiars esdevenen el primer i més important; allà on van dirigits tots els objectius, recursos i esforços.

Programes d'intervenció de teràpia ocupacional

A continuació parlarem dels programes que, per criteris de prevalença o desenvolupament, creiem que reflecteixen més bé la feina que es duu a terme avui mateix al servei d'estades diürnes de la Llar Reina Sofia.

#### **5.4.1. Programa d'Activitats de la Vida Diària Bàsiques i Instrumentals (A.V.D.)**

Adaptant definicions reconegudes sobre les AVD bàsiques, podem definir-les com les activitats, els gests o hàbits que, de manera quotidiana, realitza tot ésser humà al llarg del dia. Aquestes activitats són bàsiques per a l'**autoindependència** a nivells elementals de funció física (vestir-se, caminar, alimentar-se, etc.). Els problemes en el desenvolupament per dur a terme aquestes tasques indiquen un deteriorament de les condicions de salut de la persona.

Totes les persones usuàries del centre de dia presenten mancances en les activitats de la vida diària bàsiques. Donar resposta a aquests problemes esdevé el principal objectiu dins el programa de teràpia ocupacional.

El nivell i les possibles variacions en el grau d'independència en la realització de les AVD bàsiques s'evidencien mitjançant la valoració de les AVD utilitzant escales de valoració

funcional, l'índex de Barthel i de Lawton i Brody, per a la comunicació interna entre l'equip tècnic o escales pròpies de teràpia ocupacional més sensibles en la discriminació dels problemes i canvis.

### **OBJECTIUS**

- Valorar l'estat de les AVD
- Estimular la realització de les activitats de la vida diària i alentir el deteriorament d'aquestes
- Evitar sentiments d'inutilitat relacionats amb la dependència en l'autocura
- Valorar la necessitat i idoneïtat d'introduir ajudes tècniques per tal de compensar les limitacions i evitar així la dependència en AVD
- Detectar de manera precoç situacions de deteriorament

### **ACTIVITATS**

- Introducció d'ajudes tècniques per a AVD
- Activitats d'entrenament per a l'usuari i família
- Fer propostes d'adaptació de l'habitatge (supressió de barreres arquitectòniques) per facilitar el desenvolupament dels usuaris amb més autonomia

#### **5.4.2. Programa d'estimulació cognitiva**

Tots els usuaris del centre, ja sigui per l'etapa del cicle vital en què es troben, per la manca d'estimulació o activitat cognitiva sovint durant llargs períodes, poden presentar dèficits a aquest nivell; per això se'ls introdueix en un programa d'estimulació cognitiva; és imprescindible per tal d'aconseguir fites en la resta de programes, establir objectius i activitats de seguiment i estimulació a nivell cognitiu.

### **OBJECTIUS**

- Aprofitar-nos de la neuroplasticitat, alhora que afavorir-la mitjançant la realització d'activitats que estimulen les capacitats intel·lectuals
- Estimular, potenciar i mantenir funcions superiors
- Fomentar l'hàbit de realització d'activitats cognitives mitjançant tasques quotidianes
- Restaurar i exercitar habilitats cognitives
- Detectar de manera precoç l'inici del deteriorament cognitiu
- Alentir la progressió del deteriorament cognitiu associat a l'edat

### **ACTIVITATS**

- Memòria immediata o a llarg termini
- Atenció i concentració
- Reconeixement numèric i càlcul
- Raonament

- Abstracció, organització espacial, percepció i lateralitat
- Llenguatge i tècniques d'orientació a la realitat

### 5.4.3. Programa d'animació sociocultural

El fet que el servei es desenvolupi dins un centre sociocultural per a gent gran ha permès una forta dotació quant a contingut d'un programa d'animació sociocultural dins el centre de dia. Aprofitar els grans avantatges, per exemple, d'espais, grups de gent, serveis i instal·lacions, entre d'altres, ens ha facilitat molt la programació d'activitats socioculturals.

En aquest punt, cal ressaltar la funció del Monitor Ocupacional, que ocupa l'horari de tarda en el centre i que, en coordinació amb el terapeuta ocupacional, coopera directament en els continguts d'aquest programa, afavoreix les activitats de caràcter grupal i, enforteix les relacions interpersonals del grup.

#### OBJECTIUS

- Potenciar la participació dels usuaris en activitats del centre, evitar situacions de passivitat, inactivitat o avoriment mitjançant l'ocupació del temps lliure
- Crear una àmplia gamma d'activitats de divers contingut, atenent a la situació física i psíquica dels usuaris
- Afavorir la integració dels usuaris en el seu grup d'iguals i evitar la desadaptació, els problemes de convivència i l'aïllament
- Potenciar l'establiment de relacions interpersonals entre usuaris del SED i usuaris de la llar i facilitar actituds solidàries i d'ajuda mútua.
- Oferir alternatives a la rutina diària del centre
- Propiciar contactes amb l'exterior i amb persones alienes al centre
- Propiciar la participació de les famílies i amistats en les activitats, així com la col·laboració i/o els suggeriments
- Realitzar activitats relacionades amb les tradicions o els costums propis dels usuaris i/o lligats a l'estacionalitat temporal
- Respondre a les expectatives dels usuaris afavorint les activitats més valorades, eliminar les no acceptades i proposar-ne de noves
- Afavorir la creativitat, col·laboració i cooperació entre usuaris
- Augmentar l'autoestima dels usuaris
- Augmentar el sentiment de pertinença al grup

#### ACTIVITATS

- Activitats sociofestives, celebració d'aniversaris, actuacions
- Activitats culturals: debats, videofòrum, exposicions
- Setmanes temàtiques: audicions musicals, activitats lúdiques
- Aula de majors: activitats educatives, jocs de taula, sortides

#### 5.4.4. Programa d'intervenció en caigudes

Programa establert des de gairebé l'inici del servei. Les caigudes esdevenen un problema de gran importància socio sanitària i una de les primeres causes de preocupació dels usuaris i família.

Les seqüeles psicofísiques sovint són d'extrema gravetat i poden tenir conseqüències greus. Reduir al màxim les possibilitats de caiguda i eliminar-ne les causes evitables segueixen sent les nostres prioritats.

En el seu començament l'objectiu s'orienta a les caigudes per motius extrínsecs, mesures d'enllumenat, espai lliure, eliminació de barreres arquitectòniques, normes de seguretat bàsiques; les instal·lacions segures han estat el cavall de batalla que mantenim fins a dia d'avui; és un programa fet des de teràpia ocupacional però que engloba tot el personal del centre. Paral·lelament i a nivell individual es valoren també els factors intrínsecs, ja siguin alteracions de la marxa, visió, patologies, fàrmacs, etc.

##### OBJECTIUS

- Evitar caigudes
- Objectius específics
- Valorar l'estat i manteniment de les instal·lacions i els espais
- Conscienciar, educar i assessorar el personal i els usuaris en la importància de la prevenció, els riscos freqüents i les normes
- Protocol davant una caiguda
- Contenció de la situació i suport a l'usuari o persona afectada
- Informar l'equip sanitari
- Valorar la necessitat de trasllat a un centre mèdic
- Observació de l'evolució, si escau
- Comunicació de tota la informació (situació, gravetat, actuacions, recomanacions, etc.) a la família davant qualsevol tipus de caiguda
- Elaboració sempre d'un informe final de caigudes, que inclou una anàlisi detallada de la caiguda, testimonis, hora, lloc, personal, patologies associades, seqüeles a curt i llarg termini, etc.

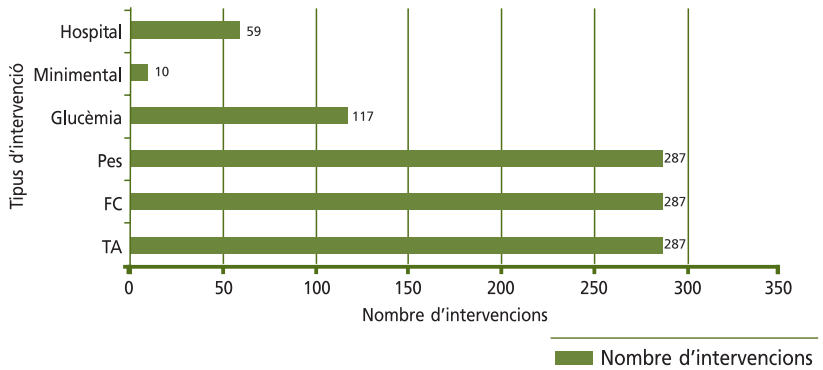
Gràcies a la implicació i conscienciació de tot el servei, hem aconseguit disminuir de manera molt important el nombre de caigudes per motius extrínsecs. El manteniment en el nivell d'alerta ens permet seguir fent feina per minimitzar-les més i mantenir nivells esperançadors.





## 6.1. Gràfics

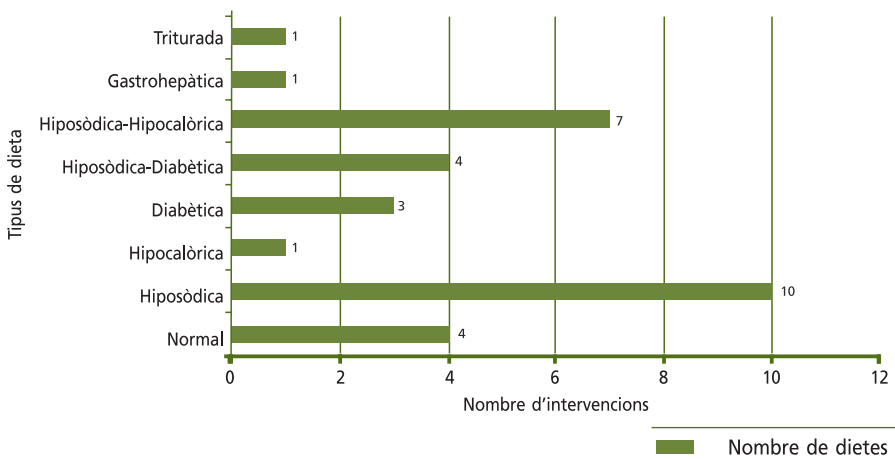
**Gràfic 1** | *Atencions bàsiques infermeria maig 2010 - 2011*



**Gràfic 2** | *Control d'esfínters*



**Gràfic 3** | *Dietes alimentàries*



## Índex minimental de Folstein

Exp. núm.

Data test:

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Nivell d'escolaritat:

### Orientació

#### 5/A

En quin any estam?

En quina estació de l'any?

Quin mes?

Quina és la data d'avui?

Quin dia de la setmana?

#### 5/B

En quin país estam?

Quina província?

Quina ciutat?

Sap el nom d'aquest centre de dia?

Recorda en quin pis ens trobam?

### Aprenentatge/fixació

#### 3/

«Ara li diré tres paraules que haurà de repetir i memoritzar, més tard li demanaré que les repeteixi»: **BICICLETA CULLERA POMA**

Comptabilitzar un punt per cada paraula repetida en el primer intent.

Repetir fins que aprengui les tres paraules, i aturar-se al cap de cinc intents.

Anotar les vegades que li ho han repetit per memoritzar-les.

### Atenció i càlcul

#### 5/

- A. Sèries de 7: Restar de 100 de 7 en 7. Aturar a les cinc respostes.
- B. Lletrejar la paraula MUNDO al revés.  
Puntuar la millor de les dues respostes.

**Memòria****3/**

Demandar que repeteixi les tres paraules que havia de memoritzar (*bicicleta cullera poma*). Comptabilitzar un punt per cada resposta correcta.

**Llenguatge i praxis constructiva****9/**

A. Mostrar-li un llapis i un rellotge i demanar-li el nom dels dos objectes.  
Comptabilitzar un punt per resposta correcta.

B. Repetir la frase «*Ni sí, ni no, ni però*».  
Comptabilitzar un punt.

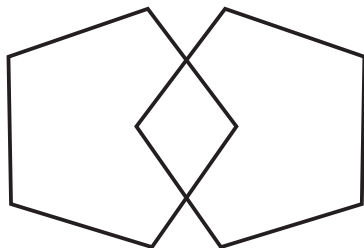
C. Indicar-li tres ordres concretes: «*Agafi aquest paper amb la mà dreta / Doblegui'l per la meitat / Deixi'l davall de la seva cadira*».

Comptabilitzar un punt per cada seqüència realitzada correctament.

D. Llegeixi i executi la frase següent: «*Tanqui els ulls*».  
Comptabilitzar un punt.

E. Demanar-li que escrigui una frase amb subjecte i predicat.  
Comptabilitzar un punt (obviar les faltes d'ortografia).

F. Copiar el dibuix següent:



Comptabilitzar un punt si tots els angles són correctes, i també les dues interseccions.

---

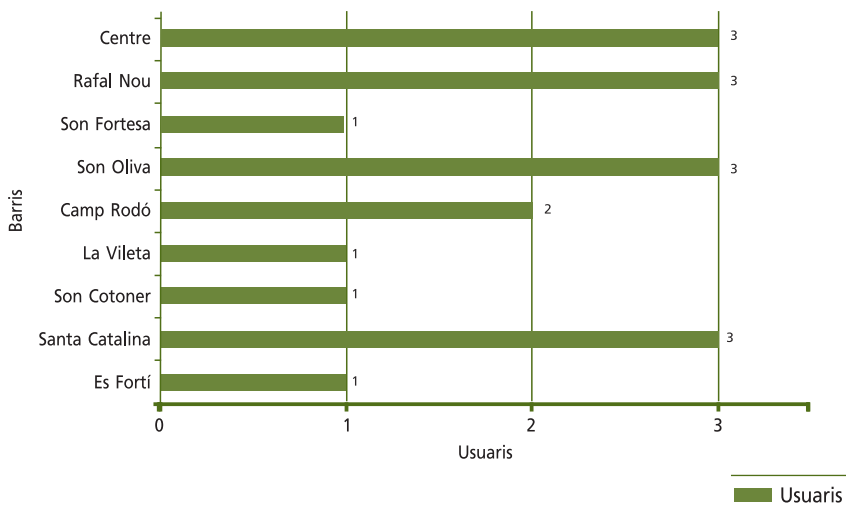
PUNTUACIÓ TOTAL: / 30

---

**Gràfic 4 | Baixes des de juny 2006 fins juny 2011**



**Gràfic 5 | Transport adaptat juny 2011**



## Referències bibliogràfiques

Conselleria de Benestar Social del Govern de les Illes Balears. IBAS (2002): *Els serveis d'estades diürnes per a persones majors amb dependència*.

Márquez-González, Maria (2008): «Emociones y envejecimiento». Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, núm. 84.

Martínez, Teresa (2010): «Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia». Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, núm. 98.

Ministeri de Treball i Afers Socials. IMSERSO (2004): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*.

Obra Social Fundació la Caixa (2006): *Kits Caixa. El repte de l'autonomia. Programa de prevenció de la dependència de l'Obra Social la Caixa*.

Obra Social Fundació la Caixa (2010): *Viu l'envelliment actiu: Memòria i altres reptes quotidians*.

Rodríguez, Pilar (2010): «La atención integral centrada en la persona». Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, núm.106.

## Autors

ANTONIA M. ABELLÁN GARCÍA

(Múrcia 1980). Diplomada en Infermeria (2011). Tècnica en Cures Auxiliars d'Infermeria (2001).

MARIA ELENA GIMENO DOMÈNECH

(Barcelona 1957). Diplomada en Infermeria (Palma 1979).

CATERINA J. MASSUTÍ SUREDA

(Felanitx 1959). Diplomada en Treball Social (Palma 1983).

JORDI PARRAMON COMA

(Gósol 1973). Diplomat en Teràpia Ocupacional (Terrassa 1997).

**CURES PAL·LIATIVES GERIÀTRIQUES.  
MODEL DE L'HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU**

---



## **Cures pal·liatives geriàtriques. Model de l'Hospital Sant Joan de Déu**

Margarita Isabel Viñuela Benítez  
Nicolás Flaquer Terrasa

## Resum

Arran del progressiu i imparable envelliment de la població de les últimes dècades, les necessitats del col·lectiu de persones grans han anat augmentant. Les malalties cròniques i les oncològiques han passat a ocupar el primer lloc en el rànquing d'afeccions en aquest grup de població. Ambdues suposen per a la persona que les pateix una deterioració de la seva qualitat de vida considerable, especialment per la dependència que les acompanya.

Es demana una gran quantitat de recursos socials i familiars que hi parin esment i ofereixin suport. El nostre deure és intentar arribar a satisfer aquestes necessitats en la mesura del possible.

Originàriament les cures pal·liatives es van desenvolupar fonamentalment al voltant dels malalts terminals neoplàstics, sense tenir en compte les persones grans amb malaltia crònica no maligna però sí terminal, fins que aquestes ja estan en els seus últims dies de vida, quan ja no existeix dificultat en el diagnòstic de terminalitat. Tot i així, aquests pacients no reben totes les cures pal·liatives desitjables.

Igualment és inacceptable un mal diagnòstic que etiqueti el pacient com a terminal si aquest és potencialment curable. D'aquí la importància de fer una bona valoració geriàtrica integral, feta per especialistes en la matèria. No es tracta únicament d'emplenar unes escales, sinó de conèixer quina és la més idònia en funció de l'objectiu buscat i interpretar-ne els resultats.

En aquest capítol, a més de fer un recorregut sobre les diferents malalties que poden portar a una situació de terminalitat les persones grans, presentarem el model utilitzat per la Unitat de Cures Pal·liatives Geriàtriques de l'Hospital Sant Joan de Déu i analitzarem els resultats d'aquesta unitat des que es va crear a finals del 2007.

## Resumen

A raíz del progresivo e imparable aumento de envejecimiento en la población durante las últimas décadas, las necesidades de este colectivo han ido en aumento. Las enfermedades crónicas y las oncológicas han pasado a ocupar el primer lugar en el ranking de afectaciones en este grupo. Ambas suponen para la persona que las padece, un deterioro en su calidad de vida considerable, especialmente por la dependencia que las acompaña.

Se demanda una gran cantidad de recursos sociales y familiares que presten atención y soporte. Nuestro deber es intentar llegar a satisfacer estas necesidades en la medida de lo posible.

Originariamente los cuidados paliativos se desarrollaron fundamentalmente alrededor del enfermo terminal neoplásico, obviando al paciente mayor con enfermedad crónica no maligna pero sí terminal, hasta que éste ya está en sus últimos días de vida, cuando ya no existe dificultad en el diagnóstico de terminalidad. Aún así, estos no reciben todos los cuidados paliativos deseables.

Igualmente inaceptable es un mal diagnóstico que etiquete al paciente como terminal si éste es potencialmente curable. De ahí la importancia de realizar una buena valoración geriátrica integral, hecha por especialistas en la materia. No se trata únicamente de cumplimentar unas escalas, sino de conocer cuál es la más idónea en función del objetivo buscado e interpretar los resultados.

En este artículo, además de hacer un recorrido sobre las diferentes enfermedades que en el mayor nos pueden llevar a una situación de terminalidad, presentaremos el modelo utilizado por la Unidad de Cuidados Paliativos Geriátricos del Hospital San Juan de Dios y analizaremos los resultados de dicha unidad desde que se creó a finales de 2007.

## 1. Concepte de malaltia terminal i cures pal·liatives

Les cures pal·liatives són les cures i l'atenció integral, activa i continuada del pacient i els seus familiars, realitzades per un equip multidisciplinari de tipus biopsicosocial (i espiritual), quan l'expectativa no és la curació, sinó el fet de proporcionar qualitat de vida sense l'expectativa d'allargar la supervivència.

La medicina pal·liativa és una medicina activa, amb un enfocament rehabilitador que promou autonomia i dignitat a la persona, en què s'adopten precoçment mesures preventives de les complicacions que puguin aparèixer en el curs de la malaltia, atès que aquesta és l'única manera de proporcionar qualitat de vida als nostres pacients.

Les característiques definidores de malaltia terminal segons la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL) són les següents:

- Presència d'una malaltia avançada, progressiva i incurable.
- Falta de possibilitats raonables de resposta al tractament específic.
- Presència de nombrosos problemes o símptomes intensos, múltiples, multifactorials i canviants.
- Gran impacte emocional en pacient, família i equip terapèutic, molt relacionat amb la presència, explícita o no, de la mort.

Aquestes característiques poden estar presents tant en el càncer com en major o menor mesura en estadis finals de moltes altres malalties (insuficiències orgàniques específiques). Però, tot i que en l'àmbit oncològic els criteris estan clarament limitats, no succeeix el mateix en situacions no oncològiques.

D'aquesta manera, apareixen dubtes a l'hora d'incloure un pacient dins d'una situació de terminalitat, especialment si ens basem en pronòstics, ja que encara que l'oncologia permet determinar amb bastant encert l'esperança de vida, tenim una gran dificultat per assegurar aquest pronòstic en la resta de situacions terminals. No existeix un període estàndard en aquestes situacions. És molt difícil determinar-lo malgrat que siguin clarament terminals, per la qual cosa es comencen a considerar candidates a rebre atenció pal·liativa les supervivències d'un any.

### 1.1. Demència terminal

La demència moderada o severa pot afectar aproximadament el 2,5% de les persones més grans de seixanta-cinc anys. A Espanya existeixen més de 65.000 pacients en fase de demència greu.

La principal causa de mort no és en sí el procés demencial, sinó les complicacions secundàries de la mateixa malaltia.

A l'Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid es va prendre una mostra de 84 pacients amb demència avançada que hi van ingressar a causa d'una complicació aguda, i es va observar que aproximadament el 25% van necessitar una actitud pal·liativa durant l'ingrés, un 25% dels quals van morir.

La demència és una malaltia de tan llarga evolució i amb un pronòstic tan variable que dificulta el pronòstic de supervivència, ja que aquest dependrà especialment de les complicacions. Així, en seran factors predictors l'afectació del llenguatge, l'edat, la severitat de la demència, la deterioració funcional, la dependència i comorbiditat.

Els criteris utilitzats per establir quins pacients amb demència són candidats de rebre cures pal·liatives han estat definits en dues escales, la *functional assessment staging* i la de la National Hospice Organization (NHO) (Luchins 1997; Vollicer 1997; Stuart 1996).

En ambdues es defineix un punt de tall predictor de mortalitat en sis mesos, combinant factors pronòstics amb criteris evolutius. D'aquesta manera, els pacients podrien accedir a programes de cures pal·liatives.

#### a) 1.1.1. Criteris de la NHO per determinar la terminalitat en la demència

### 1.1.1.1. Demència de severitat suficient (etapa 7C de l'escala FAST, *functional assessment staging*)

- a. Deterioració cognitiva severa mesurada per escales d'avaluació cognitiva.
- b. Pacient desconnectat del medi i que no reconeix els seus familiars, amb mutisme total.
- c. Pèrdua de la capacitat per passejar.
- d. Incapacitat per mantenir una conversa significativa.
- e. Impossibilitat per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària.
- f. Incontinència rectal i vesical ocasional.
- g. Disfàgia per a sòlids o líquids.
- h. Presència de complicacions mèdiques severes.

### 1.1.1.2 Aparició per primera vegada de diverses complicacions mèdiques

- a. Infeccions urinàries de repetició, que moltes vegades porten a bacterièmies i sèpsies.
- b. Infeccions respiratòries com la pneumònia, moltes vegades en relació amb l'aspiració bronquial per trastorns de la deglució o disfàgia per a sòlids o líquids.
- c. Úlceres per pressió fins a un grau III-IV, que no es consideren curables.
- d. Febre recurrent després de cicles d'antibiòtics.
- e. Desnutrició i pèrdua de pes de més del 10% en sis mesos o una albúmina inferior a 2,5 mg/dl.

Aquests criteris han de ser valorats de manera individual en cada cas, ja que algunes situacions mèdiques tractades adequadament poden ser reversibles fins i tot en aquests pacients terminals. D'aquí la incertesa pel que fa al pronòstic de la demència avançada.

## 1.1.2 Objectius

Els problemes que requereixen més la nostra atenció en les demències són el tractament simptomàtic del dolor, la depressió, l'agitació, el restrenyiment, l'anorèxia i la dispnea; la valoració d'un possible ingrés hospitalari en determinades patologies, el grau convenient d'agressivitat en el tractament d'infeccions recurrents, la reducció de polifarmàcia, la hidratació i la nutrició.

## 1.1.3. Valoració

S'ha de fer una valoració geriàtrica integral per detectar causes reversibles de la deterioració, com ara les malalties agudes intercurrents, l'exacerbació d'una malaltia crònica preexistent i el tractament d'aquestes malalties si a curt termini es considera potencialment beneficiós.

La valoració i el tractament de la possible síndrome confusional aguda superposada (medicamentosa: ansiolítics o hipnòtics, antidepressius, antiparkinsonians, antihipertensius,

neuroleptics, antiepileptics, antiarítmics, antiinflamatoris no esteroïdals —AINE—, corticoides i antineoplàstics) és fonamental, igual que el suport psicosocial a les famílies.

## 1.2. Poliulcerats amb immobilitats irreversibles

La deterioració funcional originada a conseqüència d'un període d'immobilitat o bé d'una hospitalització és responsable en la majoria dels casos de l'aparició d'úlceres per pressió (fins en la meitat dels enllitats més grans de 70 anys). L'úlcera és qualsevol lesió que apareix en qualsevol part del cos que sofreix, o sobre la qual s'exerceix, una pressió perllongada sobre un pla dur, independent de la posició en la qual romangui la persona afectada.

La manera d'evitar o tractar aquesta complicació és la mobilització precoç i començar un programa de reentrenament.

La mortalitat pot augmentar fins a un 50% si apareixen infecció local i sèpsia com a complicacions.

La immobilitat és el resultat comú de moltes malalties que apareixen en les persones grans (malalties reumàtiques, neurològiques, cardiovasculars, respiratòries, neoplàsies en fase terminal).

En situacions terminals finals, les pautes que eren vàlides durant el curs de la malaltia deixen de ser-ho (per exemple, els canvis posturals i les tècniques agressives), ja que únicament incrementaran les molèsties del pacient quan ja no hi ha possibilitats de curació realistes. Es realitzaran cures únicament si hi ha saturació de l'apòsit.

## 1.3. Malaltia cardíaca avançada – insuficiència cardíaca crònica terminal

És una síndrome clínica caracteritzada per la dispnea, la fatiga i la reducció important de tolerància a l'exercici d'origen cardíac, que podem millorar amb cures pal·liatives, en termes no tant d'expectatives de vida sinó de qualitat de vida i d'alleujament simptomàtic.

Els millors predictors de la insuficiència cardíaca són la fracció d'ejecció i la tolerància a l'exercici.

El 50-60% de les persones grans amb insuficiència cardíaca tenen la fracció d'ejecció normal o lleugerament disminuïda.

### 1.3.1. Pacients candidats a rebre cures pal·liatives amb insuficiència cardíaca o cardiopatia isquèmica

Són els pacients que pateixen les malalties següents:

**1.3.1.1.** Insuficiències cardíaques amb símptomes en repòs (classe IV de la New York Heart Association)

**1.3.1.2.** Insuficiències cardíaques tractades correctament i òptimament amb diürètics, inotròpics positius com la dobutamina o milrinona i vasodilatadors (ICA) LLAURA II, però que no experimenten millora malgrat aquests tractaments intensius

**1.3.1.3.** *Angor pectoris* en ancians en els quals no és possible la revascularització coronària

La mortalitat dependrà del grau de dispnea. Així en grau III la mortalitat per any és del 20%, i arriba a ser de fins a un 60% en el grau IV.

La causa de la mortalitat es deu en un 40% a arítmies (sobtades) i a la deterioració hemodinàmica progressiva en un altre 40%. La mortalitat en aquests pacients amb insuficiència cardíaca arriba a ser d'aproximadament un 90% en un termini de sis mesos.

## **1.4. Malaltia pulmonar avançada**

és la quarta causa de mortalitat global.

### **1.4.1 Pacients candidats a rebre cures paliatives amb malaltia pulmonar**

Són els pacients que pateixen les malalties següents:

**1.4.1.1.** Malaltia pulmonar obstructiva crònica molt avançada, ja terminal (que requereixi oxigenoteràpia contínua) i que inclou aquestes situacions de bronquitis crònica amb obstrucció fixa severa, emfisema o fibrosi pulmonar

**1.4.1.2.** Malaltia progressiva pulmonar severa, amb hipoxèmia ( $\text{PaO}_2 < 55$  mm Hg o una saturació d' $\text{O}_2 < 88\%$  en situació basal sense oxigen complementari), i hipercàpnia ( $\text{pCO}_2 > 45\text{-}50$  mm Hg) que es manifesta amb símptomes incapacitants del mínim exercici físic

És difícil fer un pronòstic de supervivència en aquests casos.

### **1.4.2. Criteris de terminalitat**

**1.4.2.1.** Augment en la freqüència de visites a urgències (dues en els darrers sis mesos per infeccions pulmonars o insuficiència respiratòria o una hospitalització en un any)

**1.4.2.2.** Millorança clínica escassa després d'un ingrés perllongat, amb canvis gasomètrics molt limitats (es redueix una mica la hipoxèmia, però es manté la hipercàpnia)

**1.4.2.3.** Deterioració de la forma física, mentre el pacient no surt de casa

**1.4.2.4.** Incapacitat i falta d'autonomia per fer les activitats quotidianes de la vida diària amb impossibilitat fins i tot per vestir-se, i confinament al llit i la butaca.

### **1.4.3. Factors de mal pronòstic en patologia pulmonar**

- Edat avançada
- Grau de severitat de l'obstrucció, amb un FEV<sub>1</sub> menor del 30%
- Falta de resposta als broncodilatadors del flux aeri, valorada per FEV<sub>1</sub>
- Coexistència d'una pobra situació funcional basal
- Comorbiditat important
- Cor pulmonar per malaltia pulmonar, no cardíaca o valvular
- Reaguditzacions freqüents i severes, sobretot a partir dels seixanta-cinc anys
- Predomini d'emfisema
- Pèrdua de pes de més del 10% en sis mesos

Amb freqüència en aquests malalts respiratoris terminals es presenta una insuficiència cardíaca dreta secundària a la malaltia pulmonar (cor pulmonar) o malaltia valvular, pèrdua de pes de més del 10% en sis mesos i taquicàrdia més elevada de 100 batecs per minut mentre estan en repòs.

Els pacients amb aquestes característiques haurien de ser tractats en unitats de cures pal·liatives perquè és molt probable que morin al cap de sis mesos, especialment si han estat intubats, si han rebut ventilació mecànica o una ventilació positiva durant un ingrés i si diuen que no desitgen passar per una altra situació similar.

## **1.5. Malaltia hepàtica cirrògena**

la cirrosi és el resultat comú terminal per a la majoria de condicions que causen dany cel·lular hepàtic d'una magnitud que supera la seva notable capacitat de regeneració.

### **1.5.1. Pacients candidats a rebre cures pal·liatives**

Són els pacients que pateixen les malalties següents:

#### **1.5.1.1. Cirrosi hepàtica en l'etapa terminal, estadi C de Child Pugh**



### 1.5.1.2. Colangitis esclerosant

### 1.5.1.3. Malalts hepàtics que esperen un trasplantament hepàtic

La cirrosi compensada redueix la supervivència a cinc anys, però si apareixen complicacions, només arriba a aquest termini un 20% dels pacients.

## 1.5.2. Criteris de terminalitat

### 1.5.2.1. Ascites refractària en diürètics

1.5.2.2. Episodis repetits de peritonitis bacteriana espontània (supervivència mitjana del 30% en un any) amb resposta pobre a la profilaxi

### 1.5.2.3. Síndrome hepatorenal

### 1.5.2.4. Encefalopatia hepàtica resistent a la lactulosa

1.5.2.5. Sagnat recurrent de varices esofàgiques resistent a la teràpia (esclerosi i farmacologia)

### 1.5.2.6. Malnutrició i albúmina sèrica menor de 2,5 g/dl

### 1.5.2.7. Temps de protrombina elevat de > 5 segons, INR > 1,5

1.5.2.8. Ingesta activa d'alcohol > 80 g d'etanol/dia, HBsAg positiu, HCV-RNA positiu

### 1.5.2.9. Carcinoma hepatocel·lular

## 1.6. Malalties renals cròniques avançades

En la malaltia renal crònica existeix una deterioració irreversible de les funcions de tots dos ronyons, que comporta l'alteració de gairebé la totalitat dels sistemes corporals.

En les fases terminals de la insuficiència renal, existeix una deterioració gairebé completa de tot el filtrat glomerular, que s'objectiva en els valors baixos d'aclariment de creatinina, i causa la síndrome urèmica. A més, disminueix la secreció de eritropoetina i a causa d'això apareix l'anèmia renal crònica.

En fases terminals, l'hemodiàlisi és l'única solució encara que en moltes ocasions aquests pacients són desnonats per la seva pluripatologia i comorbiditat (edat avançada, diabetis,

demència, accident cerebrovascular i coma, així com efectes intolerables de la diàlisi).

### **1.6.1. Factors de pronòstics negatius**

**1.6.1.1.** Simptomatologia urèmica franca (confusió, nàusees, vòmits refractaris, pruija generalitzada, diüresis inferior a 400 ml/dia, hipercalièmia > 7, pericarditis urèmica, síndrome hepatobiliar i sobrecàrrega intraabdominal de líquids)

**1.6.1.2.** Edat avançada

**1.6.1.3.** Polineuropatia

**1.6.1.4.** Diabetis mellitus

**1.6.1.5.** Hipertensió arterial difícil de controlar

Els malalts no dialitzats són capaços de produir una petita quantitat d'orina per una funció residual renal durant diverses setmanes, però el 40% de pacients moren en els dos primers mesos, i el 80%, al cap de quatre mesos, i és molt rara una supervivència de més de sis mesos.

El factor pronòstic més important per al tractament pal·liatiu d'un pacient amb insuficiència renal és la seva inclusió o no en programes de diàlisi.

### **1.6.2. Pacients candidats a rebre cures pal·liatives**

**1.6.2.1.** Malalts amb anúria després de la diàlisi

**1.6.2.2.** Malalts amb aclariment de creatinina menor o igual a 10 ml/min (15 ml/min per a diabètics), la qual cosa es correspon de manera orientativa a una xifra de creatinina en sang superior o igual a 8,0 mg/dl)

## **1.7. Malaltia de Parkinson**

Es tracta d'una síndrome neurodegenerativa progressiva el curs clínic de la qual no es modifica amb les teràpies actuals, encara que amb aquestes l'esperança de vida s'ha fet superposable a la població control.

És necessari crear des d'un principi una bona relació metge-pacient, perquè el malalt ha de comprendre que la medicació i la rehabilitació només li ofereixen un alleujament simptomàtic, per la qual cosa tant el metge com els familiars han de brindar-li suport moral perquè accepti la convivència incapacitant amb una malaltia neurològica crònica.

### 1.7.1. Criteris de terminalitat

El pacient amb malaltia de Parkinson avançada (estadi V de Yahr) és completament dependent, necessita ajuda per tot i roman assegut o al llit. Té una gran tendència a les caigudes i en ocasions presenta tremolors violents, fluctuacions de resposta a la levodopa, inestabilitat postural, tremolor i canvis mentals, fins i tot demència.

Les caigudes tendeixen a ocórrer en alguns pacients quan passen de manera brusca i imprevisible d'un període *on* a un període *off*.

Un 90% dels malalts parkinsonians mostra una pèrdua de volum pulmonar que està relacionada amb la severitat de la malaltia i que està causada més probablement per la rigidesa i la debilitat de la musculatura toràcica que no pas per una malaltia intrínseca pulmonar.

Aquesta dada és important per prevenir i tractar de manera precoç les possibles complicacions respiratòries com les pneumònies, ensenyant-los exercicis de respiració des de les fases inicials de la malaltia.

### 1.8. Ictus i coma

Els pacients que entren en coma després d'un accident cerebrovascular agut rares vegades sobreviuen si aquesta persisteix més de tres dies.

Es tindrà, no obstant això, especial precaució d'avaluar els pacients postictals per si s'estabilitzen o comencen a millorar.

#### 1.8.1 Criteris de la NHO perquè es rebin cures pal·liatives en accident cerebrovascular crònic

1.8.1.1. Demència postictal, equivalent a l'etapa 7-C de l'escala FAST

1.8.1.2. Estat funcional de l'índex de Karnofsky baix, de 40 o inferior

1.8.1.3. Pèrdua de pes del 10% al cap de sis mesos o menys

1.8.1.4. Albúmina sèrica < 2,5 g/dl

#### 1.8.2. Pacients candidats a ingressar a la unitat de cures pal·liatives

Seràn candidats si mostren tres de les quatre condicions següents:

**1.8.2.1.** Resposta anormal del tronc cerebral

**1.8.2.2.** Falta de resposta a l'estimulació dolorosa

**1.8.2.3.** Falta de resposta als estímuls verbals

**1.8.2.4.** Creatinina sèrica més elevada d'1,5 mg/dl

Existeixen variables clíniques senzilles i de fàcil obtenció en la capçalera del malalt que poden ajudar a establir el pronòstic vital a curt i mitjà termini en els pacients amb ictus.

Els factors que van predir millor la mortalitat dels pacients amb atacs cerebrovasculars aguts (ACVA) en el primer mes van ser una puntuació en l'escala de Glasgow inferior a 7, la presència d'hemianòpsia i la naturalesa hemorràgica de l'ictus, mentre que una edat de més de setanta anys, diabetis mellitus, arítmia completa per fibril·lació auricular i paràlisi de les extremitats anticipen una supervivència inferior al cap d'un any de l'ictus.

## **1.9. Esclerosi Lateral Amiotròfica (ELA)**

L'ELA és una malaltia en la qual, per raons desconegudes, degeneren totes les motoneurons tant superiors com inferiors.

El diagnòstic és fàcil quan existeix debilitat i atròfia de músculs petits de la mà i de l'avantbraç, fasciculacions i reflexos vius, però hi ha absència d'alteracions sensorials.

És més freqüent entre els quaranta i cinquanta anys i actua de vegades amb tanta velocitat que deixa poc o gens de temps per a l'ajust emocional i la planificació.

En general, els malalts moren al cap de tres anys de l'aparició dels primers signes, encara que aquesta supervivència es redueix de manera important si apareix en estadis precoços una paràlisi bulbar o en aquells pacients més joves en els quals la simptomatologia clínica és solament deguda a cèl·lules de la banya anterior.

## **2. Objectius i bases de la teràpia**

En tots aquests pacients l'objectiu principal és el confort i la millora de la qualitat de vida fins al final, i alhora el control dels símptomes.

És fonamental entendre que els tractaments curatius i els pal·liatius no són excloents mútuament, si bé és cert que a mesura que la malaltia avança el tractament pal·liatiu passa a ser el fonamental. Al final de la malaltia els objectius van dirigits a promocionar confort al malalt i a la família.

Per això, la base de la teràpia en pacients terminals serà el fet de promoure una atenció integral, biopsicosocial i espiritual, individualitzada i continuada. Considerarem el malalt i família com una unitat a tractar. Es procurarà elaborar amb el pacient i, si no és possible fer-ho amb ell, amb la seva família, els objectius terapèutics. Tindrem una actitud rehabilitadora i activa. I tot això en una atmosfera de confort i suport en què la comunicació entre equip, pacient i família ha de ser fluïda i constant.

Els instruments bàsics en les cures pal·liatives seran el control dels símptomes i per això caldrà fer una revisió molt freqüent del pacient i conèixer l'arsenal terapèutic que tenim a l'abast, per poder alleujar el pacient la seva dispnea, el dolor, etcètera. El suport emocional i la comunicació amb el malalt i la família ajudaran a establir una relació estreta amb l'equip. Aquesta ha de ser flexible i s'ha d'adaptar als canvis constants d'aquests malalts, per això l'enfocament ha de ser interdisciplinari.

### 3. Hospital de Sant Joan de Déu

La Unitat de Cures Pal·liatives i Cures Especials va néixer al final de l'any 2007, amb la intenció d'abordar el tractament i donar suport a pacients que, per les seves característiques, necessitaven una mica més de temps per a la seva recuperació (fractures, la majoria de maluc, síndrome d'immobilitat, deterioració funcional), per al tractament de les seves síndromes geriàtriques (úlceres per pressió), als pacients que tenien una situació social que dificultava l'alta hospitalària o bé als pacients que estaven en situació de terminalitat.

La Unitat s'ha anat especialitzant i durant l'últim any s'ha ocupat amb especial interès dels pacients que necessiten cures pal·liatives geriàtriques, oncològiques i no oncològiques.

#### 3.1. Unitat de convalsència i cures pal·liatives

En aquesta unitat, que disposa de 40 llits en 18 habitacions dobles i 4 d'individuals, ingressen pacients amb problemes funcionals que dificulten la seva reinserció al nivell assistencial previ, problemes socials, síndromes geriàtriques que requereixen un ingrés hospitalari perllongat per a la seva resolució (úlceres) i processos pal·liatius oncològics i no oncològics (gràfica 1).

La creació d'una unitat de cures pal·liatives *versus* una unitat tradicional suposa una reducció de l'ús de psicofàrmacs i restriccions físiques, contribueix a la millora global

del trastorn de conducta, la millora del confort del pacient, una reducció del canvi dels cuidadors formals i una major satisfacció de les famílies.

**Gràfic 1** | *Perfil dels pacients*



### 3.1.1. Metodologia

En el moment de l'ingrés es fa una valoració geriàtrica integral en la qual es busca el diagnòstic sindròmic i etiològic, es detecten necessitats, s'informa el pacient i la família o el cuidador principal, s'instaura un tractament farmacològic i no farmacològic, s'estableix un pla de cures i un seguiment multidisciplinari, s'elabora un informe multidisciplinari complet, s'orienta el pacient cap al recurs més convenient i es coordinen els nivells assistencials pertinents.

### 3.1.2. Equip multidisciplinari

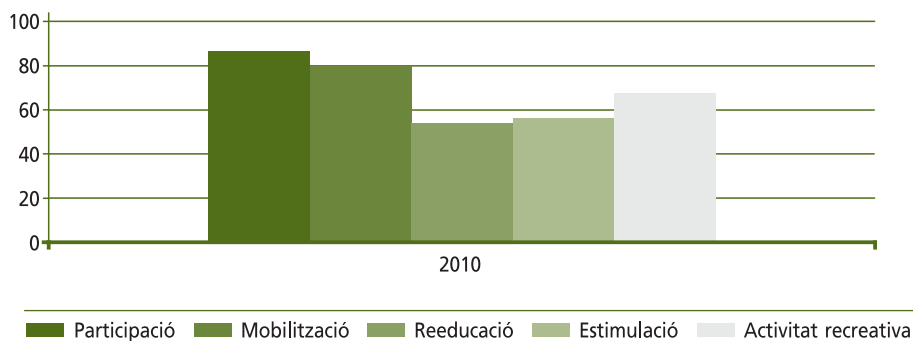
Per poder fer una valoració geriàtrica integral és fonamental que en l'equip estiguin integrats tots els especialistes necessaris per establir el diagnòstic i la recuperació de la funció. D'aquí la necessària participació d'un geriatre, un equip d'infermeria i auxiliars, un fisioterapeuta i un terapeuta ocupacional, un treballador social, un logopeda i un psicòleg de l'equip d'atenció psicosocial.

Es fan reunions multidisciplinàries setmanals en les quals es comenta l'evolució, es decideix el tractament i es planifica l'alta.

També es duen a terme reunions amb la família en el moment de l'ingrés del pacient i durant la seva hospitalització, per valorar objectius i el seu compliment, alhora que se li brinda ajuda per organitzar l'alta.

#### 3.1.2.1. Rol d'infermeria i auxiliars

Mitjançant escales estandarditzades es mesurarà el risc d'úlceres per pressió (escala de Braden). Si aquestes existeixen, es valoraran i estadificaran (mitjançant un seguiment fotogràfic periòdic de les úlceres). Es mesurarà el risc de caigudes mitjançant l'escala de Downton.

**Gràfic 2** | *Activitat a la sala de teràpia*

### 3.1.2.2. Rol del fisioterapeuta

Després de la valoració funcional, el fisioterapeuta col·laborarà amb l'equip assistencial per proporcionar el màxim confort i qualitat de vida als pacients, donant suport i assessorament als professionals i familiars. Durà a terme un programa de manteniment de mobilització passiva per evitar complicacions com ara rigideses articulars, problemes vasculars o respiratoris. Quan ja no sigui possible, farà un tractament postural tant al llit com en una cadira i assessorarà sobre els dispositius necessaris per assegurar una postura al més correcta possible.

Les sessions individuals es fan a l'habitació del pacient en dies alterns, en aquells casos en els quals se'n necessiti la intervenció.

### 3.1.2.3. Rol del treballador social

Sens dubte és l'especialista més ben capacitada per mesurar l'impacte social que produeix la demència en un context determinat i permetre obtenir un enfocament integral. L'avaluació sociofamiliar té lloc al començament del procés amb una finalitat preventiva i assistencial.

Es tracta d'acompanyar la família i ajudar-la a buscar solucions per fer front a les necessitats que van apareixent al llarg del procés i que dependran de la mateixa malaltia i de l'estructura i funcionament de cada família.

Es faran seguiments periòdics per poder ajudar en els canvis. I es procurarà prevenir el desequilibri i el desajustament familiar.

#### 3.1.2.4. Rol del terapeuta ocupacional

La seva funció serà la valoració i l'entrenament en les activitats de la vida diària, així com la planificació, l'adaptació i l'execució de les activitats grupals.

S'han de detectar els interessos ocupacionals de cada persona i procurar la planificació de les activitats adequades a aquests interessos.

#### 3.1.2.5. Rol de l'equip d'atenció psicosocial

Acompanya i ajuda les famílies que estan vivint el procés de mort previsible i els ajuda a suportar les diferents etapes del dol (de xoc, d'evitació i negació, de desesperació i lliurament al dolor i de reorganització i recuperació).

### 3.1.3. Control de símptomes. Objectiu primordial

S'ha de fer una avaluació abans de començar un tractament, per no atribuir a priori els símptomes a la patologia avançada o terminal. També és fonamental avaluar la intensitat, l'impacte físic, emocional i els factors que provoquin o augmentin cada símptoma.

Hem d'explicar les causes d'aquests símptomes en termes que el pacient les pugui comprendre, així com les mesures terapèutiques que se li poden oferir a ell i a la família. Aquesta estratègia terapèutica anirà dirigida a la situació terminal de forma general i de manera específica a cada símptoma (mesures farmacològiques i no farmacològiques). S'han de fixar terminis per aconseguir aquests objectius i buscar la prevenció de nous símptomes o situacions.

Els símptomes han de ser monitorats mitjançant l'ús d'escala de puntuació o analògiques i esquemes adequats de registre. Així podrem avaluar si el tractament aplicat és l'adequat per controlar la simptomatologia del pacient i poder comparar els resultats.

Un dels aspectes més importants en aquest estadi, des del punt de vista del pacient i la família, és la qualitat de l'atenció prestada pels professionals, l'atenció als detalls. Moltes vegades les seves actituds i conductes contribueixen a millorar els símptomes, per exemple el dolor, ja que redueixen el sofriment psíquic, eleven el llindar de percepció del dolor i el sentiment d'abandó i impotència. Haurem d'evitar, per tant, aquelles mesures de diagnòstic que hagin d'alterar la nostra estratègia de manera notable o la qualitat de vida del pacient, i tampoc haurem de retardar el tractament si no tenim una estratègia.

La supervivència en cas de demència en fase terminal dependrà d'una sèrie de factors que es posaran de manifest després de la valoració geriàtrica. Aquests factors són l'afectació del



llenguatge, l'edat, la severitat de la demència, la deterioració funcional, la dependència i la comorbiditat (Vollicer 1994).

### 3.1.4. El dolor

Aquests pacients no podran comunicar-se ni manifestar situacions doloroses, i per això és fonamental l'adequada valoració d'aquest símptoma, amb escales apropiades a la severitat de la demència amb la qual ens trobem. Hem d'investigar quin és la causa del dolor, tenint en compte la múltiple etiologia del dolor: dolor abdominal per impactació fecal i tenesme, úlceres per pressió, contractures, disúria per infecció urinària, postura inadequada a la cadira o el llit amb plec a la roba o fragments de menjar als llençols.

El dolor mal alleujat suposarà sempre, fins i tot en estadis més lleus, una afectació funcional, una disminució de la deambulació i, per tant, de la socialització. En aquests estadis més avançats pot provocar trastorns del son, augment de la utilització de recursos sanitaris i costos.

Malgrat això, a mesura que avança la gravetat de la demència, hi ha menys prescripció i administració de tractament analgèsic malgrat que no disminueix la prevalença del dolor.

Potser es deu al fet que com que el pacient té molta dificultat per expressar-ho i comprendre l'explicació o l'escala autoadministrada (gràfica 3), en moltes ocasions s'entén que el dolor està controlat amb l'analgèsia pautada de rutina.

**Gràfic 3** | *Motiu d'ingrés*



És realment important que estiguem atents a gestos, postures, a reaccions en les mobilitzacions, a alteracions conductuals. El cuidador principal ens en donarà les claus. El Panell d'Experts de la Societat Americana de Geriatria per al Tractament del Dolor, el 2002, va definir com a evidència de grau IIA la repercussió del dolor en el moviment, i les transferències i la presència de conductes inusuals per valorar el dolor.

### 3.1.5. Presa de decisions

En les fases lleus i moderades l'objectiu és millorar dèficits de memòria i retardar la progressió de la malaltia.

En fases més avançades l'objectiu és optimitzar la qualitat de vida, tractar els trastorns del comportament i els símptomes psiquiàtrics de la malaltia, els efectes físics de la demència, l'impacte de la malaltia sobre els cuidadors, els aspectes ètics i l'ingrés en institucions.

El pronòstic és molt difícil de predir en malaltia terminal no oncològica, atès que és resultat de la comorbiditat, hi ha alternança entre períodes de relativa estabilitat i agreujaments aguts, es perllonga la fase terminal per millora de control de símptomes i prevenció de complicacions.

El tractament pal·liatiu en ocasions és similar al tractament mèdic estàndard, el qual estabilitza l'estat del pacient i n'allarga la supervivència. L'actuació més adequada és moltes vegades la combinació de mesures pal·liatives amb mesures terapèutiques dirigides a millorar una situació aguda.

Es plantegen una sèrie de decisions difícils (alimentar el pacient o no fer-ho quan el pacient ja no és capaç de mantenir una deglució freturosa de risc, col·locar o no sondes enterals, decidir fins quan es tractaran les úlceres per pressió), que es converteixen en dilemes ètics i que requereixen sempre el consens de la família i de l'equip multidisciplinari. La família és fonamental a l'hora de prendre decisions terapèutiques si no existeixen directrius prèvies (American Geriatrics Society Ethics Comitee 1996).

Per tant, serà molt important tenir en consideració els elements següents per prendre decisions: la malaltia fonamental i el grau d'evolució, la situació actual i la freqüència de complicacions, l'actitud del pacient davant les cures rebudes, el grau de control dels símptomes i l'opinió del pacient i de la família. La família ens transmetrà si el pacient prèviament a la incapacitat ha comunicat els seus desitjos o, si no ho va fer, què pensen que hauria preferit (Fellows 1998).

És fonamental que quedin sempre reflectides en la història clínica les decisions sobre el grau d'intervenció recomanat.

#### 3.1.5.1. Col·locació de sondes

Una dècada després que l'evidència ens ha demostrat la «ineficàcia» de l'alimentació per sonda, continuem col·locant-ne. Les raons són únicament d'índole moral, segons Muriel (2008), ja que la nutrició té un valor simbòlic que permet a la família satisfer aquestes necessitats de ser útil al final de la vida.

En una revisió de la Biblioteca Cochrane Plus, Sampson et al. (2009) conclouen que, malgrat el gran nombre de pacients que rebien alimentació enteral, no hi ha proves suficients per suggerir que és beneficiosa en demència avançada.

Així, tampoc s'aconsella la gastrostomia percutània endoscòpia en una revisió de la Biblioteca Cochrane Plus de 2010.

Per tant, cal considerar la retirada de sondes en pacients amb demència avançada, tenint en compte que la incapacitat per deglutir està causada per la deterioració del sistema nerviós central, no de l'aparell digestiu. Cal considerar col·locar-les només si la situació és transitòria (pneumònia aspirativa, o com a suport hemodinàmic), i han de tenir data de caducitat. Utilitzar-les de manera indefinida únicament contribueix a allargar l'agonia, augmentar la percepció del dolor i s'associa a major morbiditat. No hem d'oblidar que, si el pacient mor a conseqüència de la desnutrició però hem mantingut la hidratació, l'èxitus serà molt dolorós. És preferible que el pacient acabi els seus dies en un estat de obnubilació i coma posterior. Si el pacient té distrès, l'haurem de calmar.

### 3.1.5.2. Infeccions

En pacients amb demències avançades, coincideixen factors que predisposen a les infeccions, com el dèficit funcional, la comorbiditat, la immobilitat, la incontinència, les alteracions funcionals, la immunosenescència (alteració de medul·la òssia en teixit limfoide perifèric i involució del timus) juntament amb l'absència de simptomatologia típica (absència de febre, alteració de la funció, estats confusionals) i un dèficit en la comunicació.

En tractar les infeccions no hem d'oblidar la diferent farmacocinètica de l'ancià, que té menys absorció i filtració glomerular i més reaccions adverses i interaccions farmacològiques degudes a la polifarmàcia.

Les infeccions respiratòries són la segona causa d'infecció en persones grans, però la que provoca més mortalitat (10-45%). En demència terminal, són la causa de mort en el 54-49% de pacients amb Alzheimer, i en el 69% de pacients amb demències vasculares. El pronòstic serà pitjor si hi ha deterioració greu de l'estat general, demència, comorbiditat, insuficiència cardíaca o respiratòria o ús de sedació. La mortalitat al cap de sis mesos s'incrementa fins a la meitat dels casos.

Hem de sospitar que hi ha disfàgia quan hi ha episodis recurrents d'infeccions respiratòries, que es deu a microaspiracions molt freqüents en casos de demències avançades. És fonamental que es faci el test de deglució en aquests pacients, i un subsegüent estudi amb videofluoroscòpia.

En algunes ocasions, l'ús d'antibiòtics pot tenir un caràcter pal·liatiu ja que disminuirà les

secrecions i la febre, tot i que en fases finals de la malaltia, la mortalitat no variarà pel seu ús (Vollicer 1998).

Les infeccions urinàries són les infeccions més freqüents en les persones grans. Es dona el 20% de bacteriúria asimptomàtica en dones.

Però la veritat és que l'ús per via parenteral dels antibiòtics suposa més riscos que beneficis per la possibilitat de reaccions adverses i la necessitat d'emprar restriccions físiques i farmacològiques, analítiques, canalització de vies perifèriques.

### 3.1.5.3. Trastorns conductuals

Són molt freqüents en pacients institucionalitzats (60%) i amb una incidència molt variable. Són molt més freqüents en pacients amb demències moderadament avançades (nivell 6 de l'escala de deteriorament global —GDS—).

Són predictors de la institucionalització, ja que la qualitat de vida tant del pacient com del cuidador empitjoren de manera considerable, i augmenta la sobrecàrrega del cuidador. També condicionen l'increment de l'ús de fàrmacs, i el consegüent augment del cost i les possibles reaccions adverses. Provoquen igualment un augment en el consum de recursos sanitaris. I clarament s'associen a una progressió de la malaltia més ràpida.

Utilitzarem instruments com el BDRS (*blessed dementia rating scale*), la BEHAVE-AD (*behavioral pathology in Alzheimer's disease rating scale*) o el Neuropsychiatric Inventory.

En casos de depressió, els pacients seran avaluats amb escales com la Yesavage, la Hamilton o la Cornell (la millor en demències avançades). Abans de res hem d'examinar la conducta del cuidador i veure si aquesta pot ser un determinant, així com revisar els medicaments administrats (IACE, ansiolítics, sedants, antidepressius). S'ha de valorar la situació al cap de quatre o sis setmanes i, si no són efectius, caldrà augmentar-ne la dosi. Si tot i això l'estat del pacient no és valorable, cal canviar d'antidepressiu.

Els trastorns psicòtics augmenten de manera important, els deliris, les al·lucinacions i els trastorns d'identificació.

Dins dels trastorns de conducta, els que més estrés generen en els cuidadors, ja que els porta a institucionalitzar el pacient, és l'insomni (més freqüent en demència amb cossos de Lewy i frontotemporals) acompanyat de comportament anormal del pacient en despertar-se.

L'activitat motora aberrant, els trastorns de la conducta alimentària i la desinhibició sexual són altres trastorns de conducta existents.

### 3.1.5.4. Polifarmàcia

S'ha d'avaluar la polifarmàcia i retirar aquells tractaments d'escàs valor pal·liatiu i elevat cost econòmic o amb risc d'efectes secundaris. En són exemples els medicaments específics per a la demència i les complicacions, o els prescrits per a la comorbiditat (taula 1).

**Taula 1** | *Polifarmàcia*

#### Tractaments d'escàs valor pal·liatiu i elevat cost econòmic o alt risc d'efectes secundaris

- Específics de la demència i complicacions
- Per comorbiditat:
  - Anticoagulant oral / heparines de baix pes molecular
  - Clopidrogel/acetilsalicílic
  - Estatines i hipolipemiants
  - Antagonistes de receptors de la angiotensina II
  - Inhibidors de la bomba de protons diferents de l'omeprazole o omeprazole en formes de presentacions especials
  - Bifosfonats per a l'osteoporosi
  - Suplements nutricionals
- Antiescares
- Mesures de suport vital avançat
- Cirurgia major

### 3.1.6. Importància del manteniment de la funció

Quan es perd la capacitat de deambulació, continua sent positiu mantenir la mobilitat, ja que contribueix a reduir el risc de malaltia tromboembòlia, d'úlceres per pressió i contractures musculars i, per tant, de dolor, i ajuda a evitar episodis infecciosos i urinaris, amb la qual cosa augmentarà la interacció social del pacient.

Lògicament la funcionalitat ja és inexistent en els últims estadis de la malaltia, però, tot i així, si és possible, intentarem fer fisioteràpia passiva per evitar aquestes contractures tan doloroses. Haurem de fer un ús racional de la restricció física i dels psicofàrmacs.

En resum, hem de procurar una qualitat de les cures satisfactòria, per la qual cosa s'han dissenyat uns estàndards de qualitat de cures en institucions per a pacients amb demència terminal (Keay 1994; Rango 1985).

### 3.1.7. Innovacions

#### 3.1.7.1. Sala de teràpia

Una vegada s'ha demostrat que cal intentar preservar la funcionalitat fins a estadis finals, considerem fonamental trobar un espai, situat dins de la unitat, que sigui multifuncional,

on es faran activitats d'entrenament d'activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), estimulació cognitiva, recuperació funcional i d'oci terapèutic.

En aquest espai, el terapeuta ocupacional duu a terme activitats d'entrenament d'ABVD, amb valoració i entrenament d'aquestes activitats, planificació, adaptació i execució de les activitats grupals, detecció dels interessos ocupacionals i planificació de les activitats adequades als interessos de cada pacient. Per això es fa una valoració amb les escales pertinents (Barthel) i s'aconsellen les adaptacions necessàries per a una major autonomia. Els pacients fan aquestes activitats dues vegades per setmana.

D'altra banda, el terapeuta ocupacional també fa activitats d'estimulació de l'atenció i la memòria, de manera grupal, segons el nivell cognitiu, per mantenir o millorar les funcions superiors. Els pacients fan aquesta activitat dues vegades per setmana.

Al seu torn la fisioterapeuta fa activitats de recuperació funcional amb sessions de mobilització actives i assistides, exercicis per millorar la percepció interna de les extremitats i la reeducació de la marxa. Depenent de la situació inicial del pacient, al principi les activitats es faran amb l'objectiu que toleri la sedestació estable i posteriorment per aconseguir que estigui en bipedestació. Quan la persona aconsegueixi una major capacitat física s'intentarà reeducar-la per aconseguir la marxa. Les sessions són a dies alterns en horari de matí.

Els auxiliars i voluntaris també exerceixen un paper fonamental, en aquest cas en el desenvolupament i la potenciació de l'oci terapèutic, organitzant activitats com ara la lectura col·lectiva, el bingo, les tertúlies i els jocs de taula. Durant aquest temps els pacients poden dur a terme les activitats que més els agradin, amb la qual cosa es fomenta la presa de decisions i la iniciativa. Tenen lloc diàriament (incloent-hi els caps de setmana) durant dues hores als matins i una a les tardes.

Els aspectes innovadors del projecte són el fet de procurar una participació del voluntariat en activitats d'oci i acompanyament.

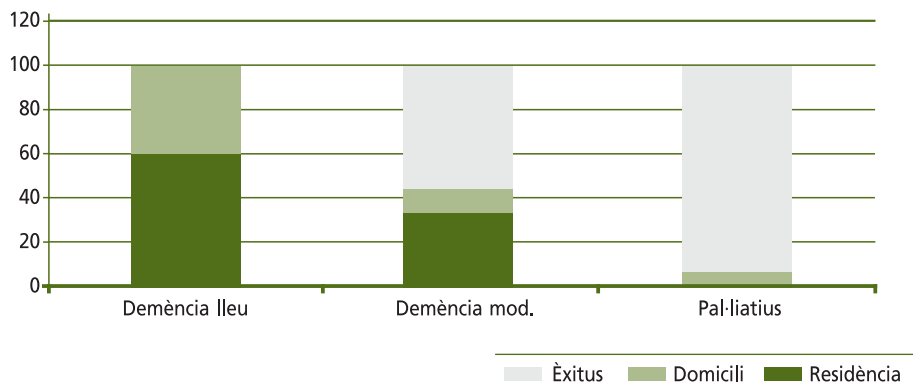
Al llarg d'aquests dos anys s'ha demostrat clarament que la sala de teràpia és profitosa, ja que influeix positivament en la salut, i fomenta les habilitats socials, la motivació, l'acompanyament, la rehabilitació, l'estimulació cognitiva, i sobretot disminueix l'aïllament social al qual es veu sotmès tot pacient en un ambient hospitalari, i més en una estada perllongada (gràfica 3).

### **3.2. Resultats de la unitat de cures pal·liatives**

Durant els tres anys que fa que funciona la unitat, ha anat evolucionant en la manera d'aproximar-se als pacients de cures especials i serveis pal·liatius.

Els motius d'ingrés a la unitat eren fractures, úlceres per pressió i infecció respiratòria principalment (gràfica 4).

**Gràfic 4** | *Destinació després de l'alta*



Segons l'avaluació dels pacients amb demència moderada i avançada, els pacients obtenien un guany funcional considerable (25 punts en l'escala de Barthel), i la seva capacitat cognitiva millorava (2 punts en l'escala de Pfeiffer). L'estada mitjana era elevada tot i que es considera satisfactòria, atès que el pacient durant el seu ingrés és valorat i s'estableix un Pla Individual d'Atenció (PIA) i després de l'alta es porta al millor lloc possible (taula 2).

**Taula 2** | *Valoració geriàtrica en l'ingrés i l'alta*

Barthel. Ingrés	Barthel. Alta	Pfeiffer. Ingrés	Pfeiffer. Alta	Estada mitjana
25	50	5	3	227 dies

Així, encara que la majoria de pacients procedien del domicili, fins a un 60% dels pacients després de l'alta van marxar a una plaça residencial, la qual va ser tramitada durant l'ingrés hospitalari al nostre hospital, gràcies a la intervenció de la treballadora social (88% dels casos) (taula 3).

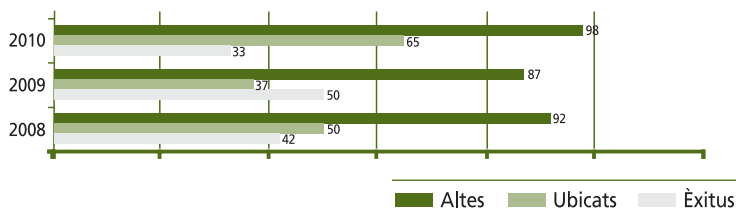
**Taula 3** | *Ubicació després de l'alta*

Ubicació abans de l'ingrés	Ubicació després de l'alta	Intervenció treball social	Estada mitjana
Domicili: 99%	Residència: 60%	88%	152 dies

El percentatge d'èxits a la Unitat és elevat a causa de les característiques del servei, encara que podem fer una lectura de la casuística obtinguda al llarg d'aquests anys. Durant l'any 2008 una mica més de la meitat dels pacients van ser donats d'alta, però malgrat la complexitat creixent dels pacients durant l'últim any, els èxits s'han reduït i s'ha aconseguit un nombre d'altres superior als anys previs. Les estades anuals s'han mantingut constants (taula 4).

**Taula 4** | *Altes i èxits a la unitat*

	Estades	Altes i reubicació	Èxits	Altes total
2008	14.016	50	42	92
2009	14.562	37	50	87
2010	14.564	65	33	98



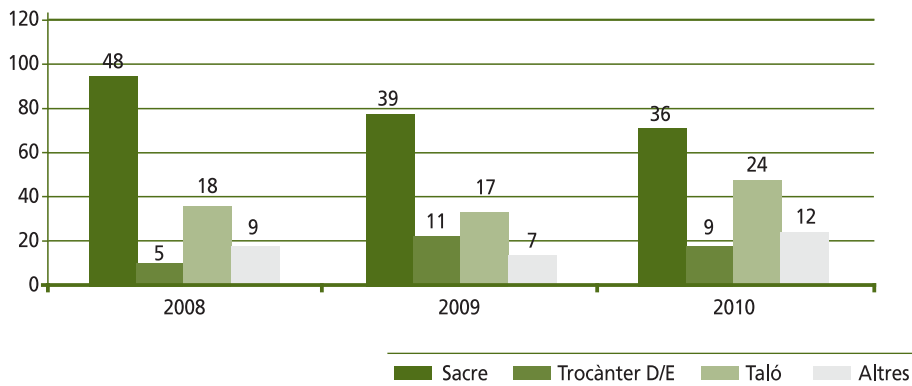
D'altra banda, la ubicació dels pacients després de l'alta varia en funció del tipus de malaltia amb necessitats pal·liatives. Així, la gran majoria dels pacients dels serveix pal·liatius oncològics morien a l'hospital (> del 90%), mentre que el 57% dels no oncològics (demències terminals) hi moria, i més d'un 30% podia marxar a una residència i el 10%, al domicili. Això ens mostra la diferència tan gran que hi ha entre pacient oncològic i no oncològic terminal, atès que en aquest últim cas la fase es perllonga en ocasions durant molts mesos, fins i tot anys si aconsegueix establir-se la comorbiditat (gràfica 5).

S'han subratllat alguns índexs de qualitat, com el de les úlceres per pressió. Aproximadament el 30% dels pacients presentaven úlceres durant els anys estudiats. Per confirmar la creixent complexitat dels pacients assistits a la unitat, es pot comprovar que durant el 2010, malgrat que es rebien menys pacients amb úlceres, el nombre d'úlceres per pacient va augmentar. El percentatge de les úlceres per pressió (UPP) aparegudes durant l'ingrés s'ha mantingut al voltant d'un 8% (taula 5).

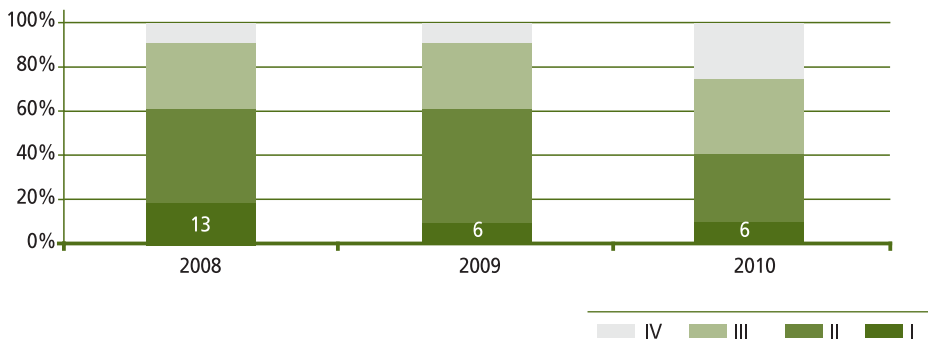
La principal zona de localització de les úlceres és l'os sacre, encara que durant l'any passat van augmentar les úlceres al taló i d'altres llocs (gràfica 6).



**Gràfic 5 | Localització d'úlceres**



**Gràfic 6 | Grau de les úlceres per pressió (UPP)**



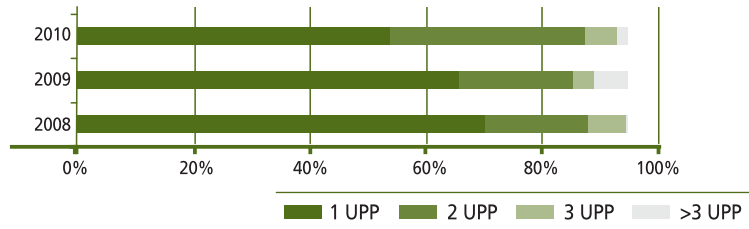
**Taula 5 | UPP a la unitat**

	Pacients sense UPP	Pacients amb UPP	UPP en el moment de l'ingrés	UPP durant l'ingrés	UPP totals
2008	179	61	73	7	80
2009	189	51	60	14	74
2010	187	51	72	8	81

Des que va començar a funcionar la unitat fa tres anys, la gravetat de les úlceres que presenten els pacients en l'ingrés ha augmentat considerablement. Així, el 2008 hi havia

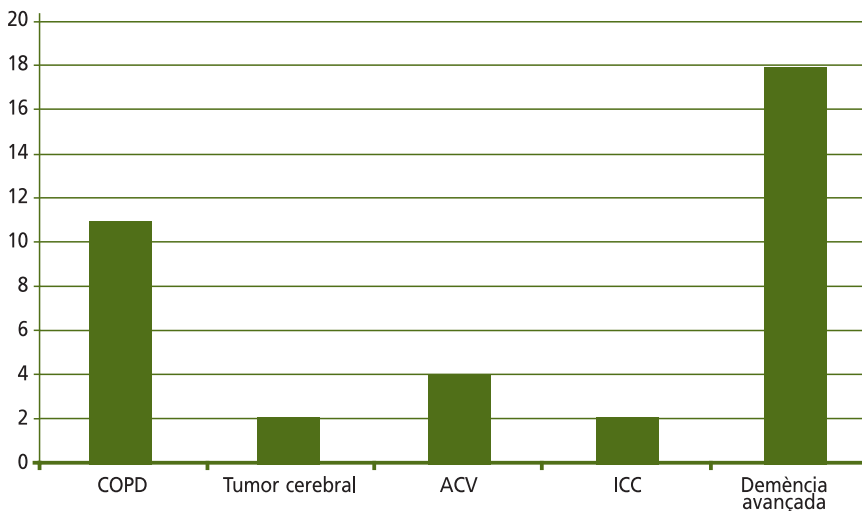
un 15% de pacients amb úlceres de grau I; un 45% de pacients amb úlceres de grau II; un 30% de pacients amb úlceres de grau III i un 10% de pacients amb úlceres de grau IV, i no obstant això, el 2010 les úlceres de grau I són amb prou feines un 5%, de grau II n'hi ha hagut un 30%, de grau III, un 35% i de grau IV, un 30% (gràfica 7).

**Gràfic 7 | Nombre d'UPP**



Quant al nombre d'úlceres, també ha augmentat. Mentre que el 2008 el percentatge de pacients amb una úlcera era d'un 70%, un 20% en presentava dues i un 10% en presentava tres (no n'hi havia cap amb quatre úlceres). El 2010, el percentatge de pacients amb una úlcera era del 60%, amb dues úlceres del 25%, amb tres úlceres del 10% i amb quatre úlceres del 5% (gràfica 8).

**Gràfic 8 | Motius d'èxitus**



### 3.3. Conclusions

Coincidirem que, en una unitat de geriatria de cures pal·liatives, el percentatge de pacients amb demència és molt més alt que el de qualsevol altre tipus de patologia (gràfica 9). L'ingrés dels pacients que reben cures pal·liatives no oncològics, especialment en casos de demències avançades, a una unitat de cures pal·liatives geriàtriques contribueix a millorar els trastorns de conducta, disminuir la simptomatologia del pacient, potenciar o mantenir la funció al màxim, guarir o preveure les úlceres per pressió, millorar la ubicació després de l'alta en buscar el millor recurs disponible, preparar la família per al dol, detectar i pal·liar la sobrecàrrega del cuidador i donar suport en la presa de decisions difícils.

Per tot això aquests pacients, i especialment els que tenen demència en estadis terminals, han de ser atesos de manera multidisciplinària i en unitats pal·liatives geriàtriques.

Igualment, els pacients oncològics geriàtrics també es beneficien de l'aproximació integral i multidisciplinària que ofereixen les unitats de cures pal·liatives, sobretot si l'enfocament està adaptat a les necessitats d'aquest grup etari, és a dir, si són atesos per especialistes en la matèria. D'aquesta manera, podrem acompanyar la família i el pacient durant el final de la seva malaltia i oferir un suport biopsicosocial que es perllongarà fins i tot després de la defunció del malalt.

## Referències bibliogràfiques

American Geriatrics Society Ethics Comitee. Making treatment decisions for incapacitated elderly patients without advanced directives. *Journal of the American Geriatrics Society* (1996), 44:986-7. American Geriatrics Society.

Carrillo, E.; Molpeceres, J.; Domingo, V.; Minaya, J; Jiménez Rojas, C.; Ruipérez. I. Grado de agresividad terapéutica adoptada en pacientes con demencia avanzada ingresados por complicación aguda. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 33 (1998), (51):56.

Fellows, L. K. Competency and consent in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* (1998), 46:922-6.

Gillick, M. R; Volandes, A. E. The standard of caring: why do we still use feeding tubes in patients with advanced dementia? *Journal of the American Medical Directors Association* (2008), 9:364-367.

Keay, J. T.; Fredman, L.; Taler, G.; Datta, S; Levenson, S. A. Indicators of quality medical care for the terminally ill in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* (1994), 42:853-60.

Luchins, D. J., [et al]. Criteria for enrolling patients in hospice. *Journal of the American Geriatrics Society* (1997), 45:1054-9.

Molsa, P. K.; Marttila, R. J.; Riane, I. K. Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multinfarct dementia. *Acta Neurologica Scandinavica* (1986), 74:103-7.

Panell d'Experts de la Societat Americana de Geriatria per al Tractament del Dolor. *Journal of the American Geriatrics Societ y* (2002), 50:S205-24.

Rango, N. The Nursing Home resident with dementia. *Annals of Internal Medicine* (1985), 102:835-41.

Sampson, E. L.; Bridget, C.; Jones, L. La alimentación enteral para pacientes mayores con demencia avanzada. *Biblioteca Cochrane Plus* 3 (2009). Oxford: Update Software Ltd.

Stuart, B. [et al]. Medical guidelines for determining prognosis in selected non cancer diseases. *Hospice Journal* (1996), 11:47-63.

The American Academy of Neurology Ethics and Humanities Subcommittee. Ethical issues in the management of demented patient. *Neurology* (1996), 46:1180-3.

Van Dijk, P.; Van De Sande, H. J.; Dippel, D. W. J.; Habbema, J. D. The nature of excess mortality in nursing home patients with dementia. *Journal of gerontology* (1992), 47: M28-34.

Vollicer, L. Advanced dementia patients. *Journal of the American Geriatrics Society* (1994), 42: 597-603.

Vollicer, L. Hospice care for dementia patients. *Journal of the American Geriatrics Society* (1997), 45:1147-9.

Vollicer, L.; Brandeis, G. H.; Hurley, A. C. Infections in advanced dementia. A: Vollicer, L.; Hurley, A., (eds). *Hospice care for patients with dementia* (1998). P. 29.47. Nova York: Springer Publishing Company.

## Autora

### MARGARITA ISABEL VIÑUELA BENÉITEZ

Va néixer a Salamanca el 1970. El 1994 es va llicenciar en Medicina i Cirurgia a la Universitat Complutense de Madrid. El 1999 es va especialitzar en Geriatria i Gerontologia. És membre del Reial Col·legi d'Internistes del Regne Unit (MRCP). Va obtenir el diploma en Geriatria i Gerontologia al Reial Col·legi de Geriatres de Glasgow (DGM). És vicepresidenta de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia. És responsable de la Unitat de Cures Especials i Pal·liatives de l'Hospital Sant Joan de Déu des que es va inaugurar el novembre del 2007. Ha organitzat i ha dirigit diversos cursos de formació en geriatria i gerontologia: va ser directora del I Curs de Geriatria per a Metges de GESMA el curs 2004-2005. Ha estat directora de diversos cursos de geriatria (I-IV) per a cuidadors, organitzats per l'Associació de Famílies de Mallorca (AFAM) el curs 2006-2007.

### NICOLÁS FLAQUER TERRASA

Palma, 1966. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Saragossa. Especialista en Geriatria. Coordinador assistencial de l'Hospital Sant Joan de Déu. Tresorer de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.



**COMPARATIVA DEL PERFIL  
DELS USUARIS I DE LA SITUACIÓ DE  
LES RESIDÈNCIES ABANS I DESPRÉS DE  
L'ENTRADA EN VIGOR DE LA LLEI DE  
DEPENDÈNCIA**

---



## **Comparativa del perfil dels usuaris i de la situació de les residències abans i després de l'entrada en vigor de la llei de dependència**

M. Ángeles Pérez Albertí

---

## Resum

La Llar dels Ancians fou inaugurada l'any 1978. Aleshores era una obra social del Consell Insular de Mallorca homologada com a residència per a persones vàlides de la Tercera Edat. L'origen de la seva funció, però, es remunta a l'any 1677, quan l'Hospici de la Misericòrdia acollia no únicament gent gran, sinó també qualsevol persona desvalguda. Aquest podria ser considerat el primer recurs de protecció per als sectors més desfavorits de la societat, encara que únicament eren de tipus caritatiu i no social. La caritat derivà en beneficència i aquesta en un dret subjectiu del qual avui se n'han de fer càrrec l'Estat, les comunitats autònomes i els ajuntaments. Així doncs, explicarem quan va ser construïda la Llar dels Ancians i per què; quina població tenia i quins canvis legislatius i sociodemogràfics promogueren que fos convertida en el centre d'atenció a la dependència que és avui en dia.

## Resumen

La Llar dels Ancians fue inaugurada el año 1978 definiéndose como obra social del Consell Insular de Mallorca y homologada como residencia para personas válidas de la tercera edad. Pero el origen de su función se remonta al año 1677, cuando el Hospicio de la Misericordia se encargaba de albergar, no sólo a las personas mayores, sino también a cualquier persona desvalida. Estos podrían ser considerados como el primer recurso de protección hacia los sectores más desfavorecidos de la sociedad aunque tenían únicamente carácter caritativo y no social. La caridad derivó en beneficencia y ésta en un derecho subjetivo del que hoy en día deben hacerse cargo el Estado, las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos. Así pues, explicaremos cuándo y por qué se construyó la Llar dels Ancians, cuál era su población y cuáles fueron los cambios legislativos y sociodemográficos que promovieron que se convirtiese en el centro de atención a la dependencia que es hoy en día.

---

## 1. Introducció

Al llarg dels anys, el concepte i plasmació del que ara diem residències de gent gran han evolucionat molt. Hem passat d'un model inicial, basat en la categoria de beneficència que acollia o —més ben dit— custodiava i acotxava el vell de qui la família no podia tenir cura, al model hotel·ler actual, basat en els serveis de la comunitat, centres gerontològics oberts i clínics assistencials.

## 2. Els inicis dels serveis socials a Mallorca

Quan a Mallorca parlem dels començaments de l'atenció a la gent gran, hem de referir-nos necessàriament a l'Hospici de la Misericòrdia, la primera institució de l'illa que tingué cura d'allotjar els ancians. Aquest centre fou fundat pel Gran e General Consell l'any 1677 amb l'objectiu de recollir les persones grans que imploraven una almoina pels carrers de Ciutat, donar-los aixopluc i sosteniment per la caritat pública, i alhora prohibir la mendicitat. Tot i això, encara que aquest hospici va ser el primer que es féu càrrec de les persones grans, no estava destinat únicament a aquest tipus de població, sinó que albergava qualsevol persona que necessités caritat.

Per dirigir i governar l'hospici, varen ser nomenats quatre regidors, que pertanyien a l'estament militar, i la recaptació d'almoines va ser encomanada a eclesiàstics. Tenia, també, un majordom i un superintendent que s'encarregaven de dirigir-lo i del règim interior. A més, els oficials que hi treballaven havien d'estar casats i llurs esposes havien de tenir cura de les dones acollides. Aquest hospici va pertànyer al Gran e General Consell fins l'any 1716, quan va passar a ser dirigit per l'Ajuntament de Palma. El 1820 es féu càrrec de la Casa de la Misericòrdia el prior Antoni Batlle. En aquell moment, havien de conviure un miler de persones d'edats diverses i d'ambdós sexes en un edifici bastant ruïnós. Batlle aconseguí donar un impuls important a la institució en demanar col·laboració econòmica als terratinents i persones adinerades per poder construir un altre edifici i atendre-hi les necessitats dels desvalguts. Així, en el mateix solar de l'antic hospici varen erigir-hi un altre edifici, que és una construcció magnífica i noble.

Joan Cortada escrivia, el 1845, en el seu llibre *Viaje a Mallorca*: «[...] es una cosa muy notable de la isla de Mallorca que no se ve en ella pobre alguno [...] entre las conversaciones y las risas de un paseo, no sobresale la lastimera cantinela del pordioso que reclama un trozo de pan para acallar el hambre, o una moneda con el fin de comprar un trapo que cubra su desnudez [...] sin embargo, en la isla hay pobres, hay huérfanos, hay viudas desgraciadas [...] todos estos seres desventurados que en otros países divagan por las calles y caminos [...] están en Mallorca recogidos en la Casa de la Misericordia».

## 3. El pas de la caritat a la beneficència

Com hem dit, fins a aquell moment les persones desvalgudes i necessitades de Ciutat vivien de la caritat de la Casa de la Misericòrdia. La primera meitat del segle XIX, però, s'esdevingué un canvi important: el pas de la caritat a la beneficència com a model principal d'acció social. És en aquest moment, amb la ideologia liberal, quan hom

determina que els problemes socials havien de ser atesos per l'Estat, el qual havia de legalitzar la beneficència pública i organitzar-la. La Llei de la beneficència de dia 20 de juny de 1849 i el seu reglament d'execució de dia 14 de maig de 1852, seguint els principis de la Constitució de 1845, promulgada durant el regnat d'Isabel II, establiren que la beneficència havia de ser pública i competència del Govern i que aquest era el que havia de crear els centres i suprimir-los i aprovar-ne els reglaments. A més, la gestió dels centres corresponia al Ministeri de la Governació i les seves juntes havien d'estar formades per personal civil, eclesial i facultatiu i per vocals nomenats pel Govern (central i provincial) o pel governador civil (municipal). D'aquestes juntes en depenien els establiments provincials, que atenien les persones que patien malalties comunes, estaven incapacitades per treballar i les persones sense família. Entre aquests establiments hi havia els hospitals dels malalts, les cases de la misericòrdia, les de maternitat, dels expòsits, orfes i desemparats.

A partir d'aquest reglament i amb la construcció del magnífic i noble edifici asilar de la Casa de la Misericòrdia, que havia promogut el prior Antoni Batlle, la Diputació passa a fer-se càrrec de la cura i sustentació de les persones incapacitades, grans i dels invàlids, és a dir, de totes aquelles persones que no resultaven productives i que s'havien de separar d'una societat industrial mallorquina que començava a néixer. Els diners necessaris per poder atendre aquestes persones estaven inclosos en el pressupost de la corporació. Va ser designat el personal funcionari per mantenir l'ordre i la disciplina en el centre, però eren els propis asilats els qui duïen a terme les tasques domèstiques i feien feines en altres dependències de la Diputació.

El reglament de l'asil provincial, anomenat Casa de la Misericòrdia, en l'edició de 1945, al Títol I explica: *«La Casa de Misericordia, asilo dependiente de la Excma. Diputación provincial de Baleares que los Magníficos Jurados de la Ciudad y Reino de Mallorca fundaron en el año 1677 a iniciativa del P. Ignacio Fiol, S.J. para recoger y sustentar a todos los desvalidos que imploraban la caridad pública, tomando carácter provincial el 26 de junio de 1865; está destinado a albergar, amparar y socorrer y ocupar a los pobres de ambos sexos que, por su avanzada edad o impedimento físico sean incapaces de un trabajo personal suficiente para proveer a su subsistencia y necesidades, siempre que carezcan de medios bastantes para cubrir aquellas y estén faltos de protección de sus familiares y a la guarda, amparo y educación de la juventud, que, por cualquier causa, estuviera necesitada de protección benéfica cuyas misiones estarán atendidas por la Excma. Diputación provincial de Baleares, a la cual corresponde la superior dirección y administración del Establecimiento».*

Per tant, tota la problemàtica social estigué recollida durant un segle a la Casa de la Misericòrdia, on conviuen persones grans, deficientes mentals, orfes, invàlids, etc.

## 4. El començament de les residències a Espanya i la inauguració de la Llar dels Ancians

En l'àmbit estatal, a la dècada dels anys setanta començaren a construir residències per a gent gran, que depenien de la Seguretat Social i que s'encarregaven de cobrir una mancança greu d'atenció a aquestes persones, les quals fins aleshores havien estat a càrrec de les organitzacions religioses i dels sistemes de beneficència, que de vegades oferien poca qualitat. En aquell moment, hi havia hagut canvis polítics, els serveis socials s'havien expandit i evolucionat i les necessitats de la gent gran havien canviat. Tot plegat propicià que Espanya seguís la iniciativa d'altres països d'Europa que tenien residències destinades únicament a atendre la tercera edat.

A Mallorca, l'any 1977, la Diputació decidí traslladar la gent gran de la Casa de la Misericòrdia al centre de nova construcció, la Llar dels Ancians. Segons consta a la primera memòria de l'any 1979, va ser edificada a una finca anomenada Ca l'Ardiaca i ocupava una extensió 45.000 m<sup>2</sup> al número 115 del carrer del General Riera, de Palma. En aquell moment comença, per tant, la història d'aquesta residència per a gent gran, que continua en funcionament trenta-tres anys després que fos inaugurada. En aquesta memòria no especifiquen el perfil de l'usuari, però sí que descriuen els edificis i el personal que treballa en el centre i, segons això, ens podem fer una idea de quin era. És important remarcar les dades de personal i infraestructures que són descrites en aquesta primera memòria per poder entendre els canvis i millores posteriors per adaptar-se a les necessitats dels residents.

L'edificació inicial constava de sis pavellons distribuïts en quatre plantes, cada una de les quals tenia un *office* i una sala d'estar.

- Pavelló A: estava destinat a matrimonis i donava cobertura a noranta-sis places. Les habitacions eren dobles amb cambra de bany.
- Pavellons B, C i D: destinats a homes i/o dones. Cada pavelló donava cobertura a vuitanta places i cada un constava de trenta-dues habitacions dobles i setze d'individuals.
- Pavellons G i H: per a homes i dones, respectivament. Les habitacions eren individuals i donaven cobertura a trenta-dues places.
- Pavelló de les monges: avui conegut com a pavelló I. Comprenia la sala d'estar, la cuina, el pati i dinou habitacions completes.

A més, l'edificació tenia també altres dependències, com ara:

- Una església amb capacitat per a quatre-centes persones
- Una sala de teatre i cinema per a quatre-cents espectadors
- Biblioteca - sala d'estar

- Perruqueria de dones i homes, despatx per al metge i per al practicant amb sala de recuperació
- Menjador-cuina i dependències vàries
- Pavelló de calderes
- Pavelló d'oficines: planta baixa i pis. A la planta baixa hi havia les oficines, que constaven de: sala d'espera, central telefònica, despatx del director, despatx de l'administrador, arxiu i lavabo
- Habitatge del director: situada al primer pis i constava de sala menjador, despatx, tres dormitoris, cuina, dues cambres de bany i rentadors

El personal del centre per atendre els usuaris en aquell moment estava format per:

- Personal directiu: un director, un administrador i un telefonista recepcionista
- Personal religiós: onze germanes de la caritat de Sant Vicenç de Paül i un sacerdot
- Personal sanitari: un metge i un practicant
- Personal subaltern: deu vigilants cuidadors, un cap de cuina i un auxiliar
- Personal femení: seixanta-cinc serventes
- Altre personal: dos subalterns, un dels quals feia de porter i l'altre s'encarregava de distribuir els serveis de personal

La capacitat del centre era per a quatre-centes persones grans considerades vàlides. En aquell moment encara ningú no pensava en les persones dependents o assistides, que avui representen el percentatge més elevat de la gent gran que resideix als centres de la tercera edat.

## 5. Anuncien un canvi

Durant uns anys, les residències segueixen el model asilar i el 1980 aquest model comença a canviar a conseqüència de la demanda d'ingrés com a estil de vida i no solament per necessitat absoluta. En aquell moment, moltes persones grans veien les residències com a única opció per prevenir el risc de dependència en la vellesa. En aquells anys, els ajuts a la gent gran eren inexistents a Espanya i els recursos econòmics d'aquesta població, molt baixos. En canvi, la societat de benestar requereix uns serveis i recursos que actuïn com a suport a les necessitats individuals, familiars i socials. Fins al moment, les residències eren definides i conceptuades com a centres per a persones grans vàlides, però els diferents canvis demogràfics varen fer que les residències deixassin de tenir únicament un perfil social i fossin transformades en centres sociosanitaris. Fets com el descens de la natalitat (amb un nombre inferior de joves i més proporció de persones grans), la disminució de la mortalitat (més esperança de vida i augment del nombre de persones grans), el canvi de posició de les dones en la societat des que s'incorporaren al món laboral, els canvis en els

models familiars (augment de famílies d'un a dos membres) i l'emigració de les persones joves cap a les grans ciutats provocaren canvis en l'estructura demogràfica del país. Això sí, hi havia més persones grans i menys membres de la família que se'n poguessin fer càrrec.

Curiosament, a pesar que les necessitats de canvi en les residències eren de cada vegada més evidents i calia que fossin convertides en centres destinats també a la cura de les persones assistides, la Junta de Residents de la Llar dels Ancians es posicionava en contra d'aquest canvi, tal com recull l'avantprojecte que presentà l'any 1982, que manifesta que: «[...] *los residentes pueden ser de tres clases: formado por matrimonio, hombres solos o mujeres solas [...], por eso se reivindica la homologación de la Llar dels Ancians como Residencia de Tercera Edad para no Asistidos*».

La Junta de Residents de la Llar dels Ancians era un òrgan consultiu de la direcció i estava formada per un president, un secretari i disset membres directius. Actuaven de manera democràtica i es reunien un pic al mes per fixar els punts del dia, que debatien en una altra sessió que convocava la direcció, en signaven l'acta i, posteriorment, la llegien i explicaven a la resta dels residents. Per poder ser elegits com a membres de la junta, les condicions que havien de reunir els residents eren: capacitat demostrada, saber llegir i escriure correctament, conèixer les regles d'aritmètica més elementals, estar dotat de la millor voluntat, tenir esperit de col·laboració i sacrifici, ser persona formal i de bona conducta demostrada durant el temps que hagués passat en el centre com a resident. Quan analitzam aquests requisits, hom ho entén, perquè el 1980 hi havia taxes elevades d'analfabetisme en persones de seixanta-cinc anys i més: la dels homes era del 21,4% i la de les dones, del 28,2%, i, segurament, aquests percentatges eren sobrepassats quan es tractava d'analfabetisme funcional.

Els anys vuitanta i noranta, les residències eren definides, en funció de la tipologia dels usuaris, com a: residències de vàlids, assistits i mixtes; i, els centres residencials, com a centres de convivència destinats a servir de convivència múltiple i comuna, que oferien atenció integral i continuada a aquells qui no poguessin satisfer aquestes necessitats per altres mitjans. En aquell moment, la Llar dels Ancians, a més d'haver manifestat oposició al canvi a través de la Junta de Residents, s'autodefinia com a «obra social del Consell Insular de Mallorca homologada com a residència per a persones vàlides de la tercera edat».

## 6. Els usuaris canvien; el funcionament de la llar, també

Encara que la Llar dels Ancians no volia convertir-se en una residència mixta, hi hagué dos fets que l'obligaren a canviar.

El primer està relacionat amb la publicació del Reial decret 1878/1978 de dia 23 de juny del Ministeri de Sanitat i Seguretat Social, de dia 10 d'agost de 1978, que regulava les

condicions arquitectòniques que havien de reunir els establiments residencials per a la tercera edat. Per tant, en aquell moment la residència de la Llar dels Ancians ja estava construïda i hi començaven a fer reformes i millores per acollir-la a la normativa. Les més destacables des de 1980 a 1990 foren: la reconversió del sistema de calefacció, instal·lació de persianes, xarxa de timbres nova a tots els pavellons, construcció i reforma del pavelló de serveis per a sales ocupacionals i rehabilitació, automatització de les portes d'entrada, instal·lació de retorn d'aigua calenta, substitució de panells d'energia solar, adquisició de material clínic, etc. Aquells anys el director de la Llar dels Ancians escrigué a la memòria: «[...] *El mayor fallo es la carencia de servicios de rehabilitación física, con la dotación para un equipamiento eficaz y moderno para la misma, como también la contratación de un fisioterapeuta según se contempla en la plantilla del centro*».

El segon és que, encara que la residència es continuava definint per a persones vàlides, els residents començaven a patir problemes de salut que els provocaven situacions de dependència; en conseqüència, feren proves selectives perquè era necessari contractar més personal, el qual havia d'estar més ben qualificat. A mesura que augmentava la plantilla de personal nou disminuïa el nombre de religioses que feien tasques al centre. Durant dos anys consecutius també impartien classes als treballadors perquè obtinguessin el graduat escolar.

El 1988 la residència Llar dels Ancians feia deu anys que funcionava i la plantilla estava formada per: trenta-vuit funcionaris (23,3%), cent divuit laborals (72,4%) i set germanes de la caritat (4,3%).

El 1989 el Consell Insular de Mallorca hi implantà un model organitzatiu nou i, segons quedà reflectit a la memòria, passà d'un model de gestió empresarial a un estil de direcció participativa per objectius. Aquell any redactà un informe sobre la situació que vivia aleshores a la Llar dels Ancians pel que fa a l'estructura organitzativa i al contingut de cada àrea funcional. Decidí crear cinc àrees: Gerència i Administració, Àrea Assistencial, Cuina i Economat, Menjador, Neteja i Bugaderia, i la de Manteniment. Cada àrea tenia un comandament intermedi que garantia més eficàcia en la detecció dels problemes i en l'aplicació de les solucions. La comunitat de religioses no figurava a la plantilla del personal, però sí que n'eren especificades les funcions, que eren: el dispensari mèdic, el menjador-economat i tasques de col·laboració en l'organització i en la supervisió de diferents pavellons. Les inversions i millores d'aquell any foren adquirir material per dotar el gimnàs i l'àrea de fisioteràpia. El personal del centre continuava formant-se i hi impartiren un curs d'Auxiliar d'Infermeria Geriàtrica, organitzat per FODESMA en col·laboració amb l'INSERSO i l'INEM. Amb un total de trenta places, l'objectiu era aconseguir que els professionals sanitaris d'atenció directa estiguessin formats en una atenció més específica, com és la geriàtrica.



Quant a les activitats socials, el criteri bàsic del Pla d'activitats socials s'orientava principalment al fet que els usuaris s'interessassin per tot tipus d'activitats socials, recreatives, culturals, esportives i d'ocupació de l'oci. Aquestes activitats eren excursions, funcions de teatre, conferències, etc. Com que la situació econòmica dels usuaris era baixa, perquè poguessin participar en aquestes activitats els reconeixien un pagament, denominat *nominilla*, que cobraven els usuaris que s'ocupaven de diferents tasques domèstiques. Aquest costum es remuntava al Reglament de la Casa de la Misericòrdia, l'article 33 del qual establia que: «[...] *para estímulo de los acogidos que presten servicios en el Establecimiento, se les concederá mensualmente una gratificación económica en relación al número de días que hubieran trabajado. La cuantía de las gratificaciones las acordará la Diputación Provincial*». Avui en dia continuen proporcionant a tres usuaris aquestes gratificacions per una qüestió merament històrica, ja que són les úniques persones que ingressaren directament des de la Casa de la Misericòrdia, on ja eren gratificats per dur-hi a terme determinades tasques.

Pel que fa a l'atenció medicosanitària, solament hi havia un metge geriatre i un assistent tècnic sanitari, encara que el centre continuava essent de vàlids. Començaren a aparèixer a l'estadística les denominades àrees d'infermeria, ubicades a cada pavelló, la qual cosa reflectia així que existia al voltant d'un 30% de llits per a persones assistides. L'any 1985 va ser inaugurat el centre de salut del Camp Redó i la Llar arribà a un acord amb l'INSALUD, segons el qual les plagues de la Seguretat Social serien adjudicades al metge titular de la Llar, cosa que satisféu enormement els residents. En aquest moment, acordaren també amb l'Hospital Psiquiàtric que, un pic per setmana, un psiquiatra es desplaçés a la Llar dels Ancians per atendre els possibles interns malalts necessitats de la seva atenció.

Els requisits d'admissió per ingressar a la Llar dels Ancians eren: presentar un certificat mèdic de no patir malalties infectocontagioses i, a més, si el nou usuari era remès des d'un centre hospitalari, en sol·licitaven el diagnòstic, pronòstic i tractament. D'aquesta manera, s'asseguraven que tots els ingressats fossin persones vàlides, però, a causa de la pressió social d'atenció a les persones assistides, de manera molt excepcional admetien usuaris que passaven directament a ocupar els llits d'assistits.

El 1986 hom donà instruccions noves per confeccionar les memòries i hi quedaren reflectides les dades següents: capacitat teòrica del centre (quatre-cents residents), capacitat real (tres-cents vuitanta-cinc residents), nombre d'usuaris que s'hi havia mantingut al llarg dels anys.

Canviaren els criteris d'admissió i sol·licitaven: voluntat d'ingrés expressada en la sol·licitud d'admissió i signada per l'interessat, la necessitat social del sol·licitant i antiguitat en la llista d'espera. Per a les persones d'altres comunitats autònomes, exigien cinc anys de residència a les Illes Balears i vint anys per als estrangers. Com més greus eren els problemes

psicològics, de situacions d'abandonament, habitatge, familiars..., més probabilitat d'ingressar-hi.

A les residències de l'INSERSO, els requisits d'ingrés eren definits establint l'edat mínima de seixanta anys, no patir cap malaltia infectocontagiosa ni malalties mentals i ser beneficiari d'una pensió del sistema de la Seguretat Social. Si aquesta sol·licitud era per ingressar en residències de vàlids, havien d'estar capacitats per valer-se per si mateixos; si necessitaven ajuda de tercers, la sol·licitud era per a residències d'assistits. La Llar dels Ancians encara no preveia acollir persones assistides.

La memòria d'aquell any recull les característiques dels usuaris en el període de 1983 fins a 1986. Aquells anys hi ingressaren tres-centes sis persones en total, de les quals no sabem quantes eren homes ni quantes eren dones, però sí que hi consta que noranta-quatre eren de Palma i cent divuit eren de pobles i d'altres comunitats.

La problemàtica social que hi era atesa era definida com a problemàtica pròpia de la tercera edat més necessitada, que havia sol·licitat de manera voluntària entrar a la residència, però no estava especificat de quin tipus era: habitatge, solitud, precarietat econòmica...

## 7. A la dècada dels noranta amplià l'àmbit d'actuació

Fins al moment, encara que la Llar experimentava canvis per mor de necessitats diverses, continuava sent definida com a residència per a persones vàlides. A partir dels anys noranta, la Llar d'Ancians començà a oferir atenció sociosanitària a vàlids i assistits de manera temporal i permanent.

El gener de 1991, el Consell Insular de Mallorca decidí canviar la direcció de la Llar dels Ancians i hi emprengué una reforma. És la primera vegada que la missió i els valors del centre varen ser definits i, el 1993, la directora, Josefina Sintés Janer, escriu: *«la Llar dels Ancians es un centro público perteneciente al Consell Insular de Mallorca que tiene como misión atender a personas mayores de 65 años, posibilitándoles una óptima calidad de vida en un ambiente integral de convivencia en la que participan usuarios y personas. Contempla de igual forma los aspectos medico-rehabilitadores y los aspectos relacionales y de convivencia, ofreciendo unos servicios sociosanitarios en régimen de residencia o diurnos con estancia permanente o transitoria. Su ámbito de actuación es insular en colaboración con los Ayuntamientos de Mallorca».*

A l'estudi que féu la nova direcció, els resultats obtinguts pel que fa als residents foren els següents: el 43,63% dels residents que vivien a tots els edificis no es podien valer per si mateixos o ho feien amb dificultat. El centre no comptava amb els recursos materials i

humans necessaris per garantir una atenció de qualitat a les necessitats bàsiques de la vida diària. Els residents tenien més de setanta-cinc anys i augmentava el nombre de persones que necessitaven qualche tipus d'ajut. Per aquesta raó, la Llar organitzà una unitat experimental per atendre les persones assistides. En aquells moments, però, els recursos de què disposava no eren gaire satisfactoris, ja que sembla que els espais eren inadeguats i que el personal estava poc capacitat. Davant aquesta situació, prioritzaren l'atenció als malalts més greus i establiren les necessitats d'atenció mèdica i social.

Marcaren els objectius medicosanitaris en funció de: foment i promoció de la salut, educació sanitària, prevenció de la malaltia i assistència mitjançant diagnòstic, tractament i control de la salut, i foment de la rehabilitació.

El personal es reciclà i augmentaren la plantilla: dos metges, set diplomats d'infermeria i vint auxiliars geriàtrics.

Organitzaren els expedients a tres nivells: social, mèdic i d'infermeria. Estrenaren el programa informàtic d'atenció al resident, formularen criteris i processos per admetre els residents i donar-los de baixa.

Dinamitzaren la vida del resident treballant la seva participació i integració. Renovaren la Junta de Residents i en reforçaren el paper.

Prioritzaren l'alimentació i altres activitats bàsiques.

Quant als treballadors i treballadores, començaren a analitzar les necessitats reals dels professionals; començaren a valorar el clima institucional i el rendiment personal. Els resultats obtinguts feren que la direcció establís unes sessions encaminades a motivar el personal i a implicar-lo en el canvi que calia generar dins el centre, que concretà en sessions de reflexió, formació i treball en equip.

El 1991 començà la secció dels assistits, prèviament, però, la direcció de la Llar n'havia redactat un avantprojecte i l'havia presentat al Consell Insular de Mallorca. Aquest pla proposava adaptar els recursos humans i negociar amb el comitè d'empresa els canvis de torn, horaris i la nova distribució dels llocs de treball, així com els procediments administratius nous per gestionar el personal.

Totes les actuacions eren condicionades per les dependències i instal·lacions, que tenien deficiències de construcció, en l'arquitectura interior i que no reunien les condicions que establí la normativa de la comunitat autònoma de les Illes Balears, segons el Decret 22/1991 de la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social pel qual eren regulades les condicions i els requisits mínims d'obertura dels centres assistencials per a la tercera edat, amb un

àmbit d'aplicació obligatòria per a tots aquells centres públics i privats que radicaven a la comunitat autònoma de les Illes Balears.

Les recomanacions IX i X de l'informe de la Comissió de Relacions amb el Defensor del Poble i dels Drets Humans detallen la situació de les residències d'ancians a Espanya i manifesten que: «*Todas las Administraciones Públicas, Estado y Comunidades Autónomas, Diputaciones y Ayuntamiento deben adecuar sus centros residenciales a las normas de Seguridad, evacuación y servicios, para lo cual es preciso afrontar la aprobación de los Planes de Inversiones correspondientes*». Aquesta situació obliga el Consell Insular de Mallorca a emprendre una reforma integral dels edificis i instal·lacions per adaptar el centre a la funció assistencial que exposava el Pla d'atenció a la tercera edat de la Llar dels Ancians. El Pla d'obres de reforma preveia que aquesta reforma estigués enllestida en un període de sis anys, però avui dia encara continua.

És important remarcar les adaptacions que varen ser fetes a l'edifici B i a la planta baixa de l'A per albergar-hi de manera definitiva els usuaris assistits. La previsió d'aquell moment era que els anys vinents continuassin adaptant la resta d'edificis.

La distribució estava classificada en zones d'allotjament i zones de serveis comuns. Les d'allotjament era la secció d'assistits, que estaven distribuïts en els edificis A i B, H i R i, la secció de vàlids, en els edificis C, D i G.

### 7.1. Plantilla del centre

La plantilla del centre aleshores estava constituïda per un 16% de funcionaris, un 3% de personal interí, un 70% de personal laboral fix i un 11% de personal laboral eventual. La direcció considerava que aquesta plantilla era adequada per cobrir les necessitats del centre, però ja preveia que haurien d'incrementar el personal sanitari per a la secció d'assistits. Les places de barber i perruquera desaparegueren com a personal del Consell Insular de Mallorca i el servei va ser externalitzat.

El 1995 va ser redactat un document esquema per replantejar la prestació de serveis de les religioses en els centres del Consell de Mallorca. Exposava que era necessari impulsar un canvi i agrair la tasca tan important que havien fet al llarg de la història. Proposava, a més, que la direcció del centre les adscrigués a un lloc de treball concret i que acomplissin les obligacions professionals seguint les ordres dels comandaments intermedis.

### 7.2. Població de la Llar dels Ancians

Pel que fa als residents, la població total dels qui eren atesos a la secció de vàlids era de dos-cents vint-i-un. Necessitaven cures mínimes i mitjanes i la Llar comptava amb vint-i-

quatre auxiliars geriàtrics, que cobrien torns de matí, horabaixa i nit, i dos dels quals eren religioses. A la secció d'assistits, eren atesos cent seixanta-vuit usuaris, amb un total de quaranta-nou auxiliars, dos dels quals també eren religioses.

La població atesa en aquell moment era de tres-centes noranta persones, un 45% de les quals eren assistides i l'altre 55% eren vàlides. Aleshores ja feia catorze anys que funcionava la residència i la població ja havia envellit, per la qual cosa necessitava més cures: seixanta-vuit usuaris requerien ajuda per fer totes les activitats i cent seixanta-vuit necessitaven cures mitjanes. A mesura que els residents complien anys també augmentaven les patologies. Les malalties majoritàriament diagnosticades en aquells moments eren: patologies digestives, respiratòries, cardiovasculars i angiologies, endocrinometabòliques, nefrourològiques, hematològiques, de l'aparell locomotor, neuropsiquiàtriques (la majoria de les quals, demència senil), dermatològiques i oncològiques. A nivell funcional, aplicaven l'índex de Katz i el complimentaven amb la fitxa de les cures d'infermeria. Eren considerades cures mínimes les que la dependència del resident respecte d'infermeria i de personal auxiliar era d'un 25%. Les cures mitjanes eren aquelles en què la dependència d'aquests serveis era d'un 75% i eren considerades cures completes aquelles en què la dependència era del 100%.

El 64,8% dels usuaris eren dones i un 35,2%, homes, fet que palesa que les dones tenen una esperança de vida més llarga i, per tant, que es feminitza la població de la quarta edat. El 80,75% de les dones vivien totes soles abans d'ingressar a la residència i la majoria eren vídues, en lloc de fadrines o casades.

### 7.3. Motius i sol·licituds d'ingrés

Un 56% de la població que ingressava a una residència era per motius de solitud; un 11%, per salut i un 7% ho feia per altres causes. Aquestes altres causes devien ser per tenir una seguretat futura, tal com explicaven la majoria, que deien que ingressaven a la residència perquè tinguessin cura d'ells quan ja no es poguessin valer per si mateixos i no haver de molestar els fills. En aquell temps, com que la Llar dels Ancians continuava sent un centre per a persones vàlides (solament de manera explícita, ja que de manera implícita sí que ho tenien en compte), a l'hora d'ingressar-hi no eren valorades les necessitats reals d'atenció quant a dependència, sinó que tenien en compte l'edat de la persona, la pensió, l'habitatge i les relacions familiars de la persona sol·licitant. Com més edat, menys pensió, habitatge en condicions més precàries i també relacions familiars més deteriorades, per tant, més possibilitats de poder ingressar a la Llar dels Ancians, com establia la normativa vigent del moment.

Quant als percentatges de demandes d'ingrés segons la procedència, comptem amb les dades següents: un 90,51% de les demandes eren de persones que vivien a Palma i

únicament un 9,49% eren de persones procedents d'altres zones, tant de Mallorca com de la resta de l'Estat. L'Ajuntament de Palma no comptava amb cap centre residencial i per aquesta raó va establir un conveni amb el Consell de Mallorca perquè les persones grans de la ciutat ingressassin a la Llar d'Ancians. Com a anècdota, volem explicar que, durant molts d'anys, la gent gran comentava que «la Llar dels Ancians és per als mallorquins i la Bonanova és per als forasters». Ho deien perquè a la residència de la Bonanova hi ingressava gent gran tant de la nostra comunitat autònoma com de la resta, per la qual cosa tenia una població amb un estil de vida diferent del d'aquí, ja que molts dels usuaris patien la llunyania de la família.

Les baixes dels usuaris dels centres residencials han estat majoritàriament per defunció i no se solen donar de baixa perquè trobin altres maneres de viure. La residència Llar dels Ancians, com la resta de residències, generava tantes altes com baixes per defunció. La mitjana del període 1991-1992 va ser de quaranta-dues persones donades d'alta i altres tantes donades de baixa per defunció.

#### 7.4. Serveis nous

Els serveis que la Llar d'Ancians ofería als usuaris eren tan interns (serveis residencials propis) com externs (serveis oberts a la comunitat).

Aquesta època funcionaven cinc serveis i n'hi havia tres de promocionats. En funcionament hi havia: el Servei Residencial per a Persones Vàlides, que ofería cent noranta places i era destinat als grans que poguessin participar en activitats de la vida diària sense haver de necessitar terceres persones i que, per circumstàncies sociofamiliars diverses, no poguessin romandre a ca seva. El Servei Residencial permanent per a Persones Assistides, amb cent vuitanta places, atenia persones afectades de minusvalideses psíquiques de grau no profund, físiques o sensorials que no podien desfer-se'n de manera autònoma en les activitats de la vida diària i que necessitaven assistència continuada per part de professionals d'infermeria i vigilància mèdica, i que, per circumstàncies sociofamiliars, no podien romandre a ca seva. El Servei Residencial d'Atenció Transitòria per a Persones Assistides, amb vint places, era adreçat a persones que requerien atenció temporal per circumstàncies sociofamiliars. El Servei d'Atenció Diürna per a Persones Assistides (Hospital de Dia), amb vint places i ofert a persones assistides que podien pernoctar amb la família, però que per motius sociolaborals no es podien fer càrrec dels seus grans durant el dia. Finalment, el Servei d'Atenció Diürna per a Persones Vàlides (Centre de Dia), amb trenta places, l'acabaven d'inaugurar aleshores i era adreçat a persones vàlides, les quals, tot i que podien pernoctar a ca seva, necessitaven serveis que poguessin pal·liar la seva situació sociofamiliar i qualitat de vida, ajudar-los, millorar-la i sostenir-la. En aquell moment, hi havia tres serveis en promoció, que eren: el servei de menjador a domicili, amb

cinquanta serveis i destinat a aquelles persones vàlides o assistides, les quals, tot i que podien romandre a ca seva, necessitaven que els resolguessin el problema de l'alimentació. Aquest servei, la Llar d'Ancians el duia a terme en col·laboració amb l'Ajuntament de Palma i la Creu Roja, entitats que es feien càrrec de la distribució. La Llar també ofería el servei de fisioteràpia, gimnàstica de manteniment, laborteràpia i piscina, que destinava a totes aquelles persones vàlides o assistides, les quals, tot i que podien quedar a ca seva, necessitaven ajuda puntual per a qualsevol d'aquests serveis per millorar el seu benestar. Finalment, el servei d'animació, destinat a aquelles persones vàlides o assistides que necessitassin ocupar el temps lliure per millorar la qualitat de vida. Aquest servei permetia que els usuaris participassin en activitats lúdiques, culturals, etc., que el centre organitzava diàriament.

## 8. Reconeixement de les places per a assistits

L'any 1995, l'INSERSO i el president del Consell de Mallorca varen signar un conveni de reserva i ocupació de places per a beneficiaris de l'Institut Nacional de Serveis Social, i varen concertar vint places. Aquest conveni afirmava que el centre disposava de dues-centes places per a assistits i cent noranta per a vàlids. Els serveis especialitzats eren: Fisioteràpia i Rehabilitació, Teràpia Ocupacional/ Activació i Assistència Social.

A partir de l'any 2000, les places que ofería la Llar dels Ancians foren modificades, no en nombre, però sí en tipus. Disminuïren les places per a vàlids fins a cent deu; augmentaren les d'assistits a dues-centes setanta; disminuïren les estades temporals a deu; augmentà l'atenció diürna per a assistits a trenta places; disminuí l'atenció diürna per als vàlids a deu; fou creada la Unitat Psicogeriàtrica amb vint places i hi havia seixanta usuaris de mitja pensió. L'augment més significatiu quedà reflectit en el Servei de Menjador a Domicili i la Creu Roja distribuïa tres-cents setanta serveis.

Les dones continuaven sent majoria entre els usuaris: el 70%.

Aquell any augmentà el nombre d'ingressos procedents dels pobles de Mallorca, amb un 21%, i disminuïren els de Palma. No va ser fins el 2003 que tornà a augmentar el nombre d'ingressos d'usuaris de Ciutat.

Aparegué un altre motiu de demanda d'ingrés a partir de factors econòmics o d'habitatge. Hi havia un 6% del total de les demandes d'ingrés i augmentaren també les motivades per problemes de salut fins assolir un 21% del total.

El nivell d'ocupació era de tres-cents noranta usuaris, un 62% dels quals eren assistits i un 36%, vàlids. Continuaren augmentat tant els motius de demanda d'ingrés com els perfils

dels usuaris. En funció de l'edat, entre les persones de vuitanta-un a vuitanta-cinc anys, hi havia setanta dones i vint-i-tres homes. Entre les persones de vuitanta-sis a noranta anys, hi havia seixanta-cinc dones i dotze homes.

## 9. Consolidació de serveis nous

Els canvis que s'han produït tant en la societat com en les necessitats de la gent gran han fet que la Llar dels Ancians hagi hagut de modificar alguns aspectes del funcionament per optimitzar els serveis oferts. En aquest sentit, hem de fer menció especial d'un seguit de serveis que han millorat la qualitat de vida dels residents.

### 9.1. Centre de Dia

El Centre de Dia per a malalts amb demència es va incorporar al centre l'any 1999 i va néixer a partir de la necessitat detectada a la llista de reserva de places. En aquells moments, hi havia 1.270 sol·licituds i les famílies manifestaven que la dificultat més gran que tenien a l'hora d'atendre els seus ancians provenia del fet que patissin demència. Per donar resposta a aquesta necessitat, hom decidí crear el Centre de Dia, que va ser integrat en el centre i n'aprofitava els serveis generals i específics.

Recordem que les dades de l'Institut d'Estadística afirmaven que les persones de més de seixanta-cinc anys representaven un 16% de la població, que aproximadament un 24% dels de més de setanta patia qualche tipus de deteriorament cognitiu i que entre un 4% i un 5% dels de més de seixanta-cinc patia manifestacions greus de demència. Amb aquestes dades i la problemàtica sanitària i social consegüent, les administracions es veien obligades a aportar solucions i, per això, oferien suport a les famílies i/o cuidadors i més qualitat assistencial als usuaris. El Centre de Dia ha permès que s'endarrereixin els ingressos residencials. L'horari del servei és de 8 h a 18 h; té capacitat per a vint usuaris i ofereix atenció de dilluns a divendres. Els beneficiaris d'aquest servei són persones residents a Mallorca que presentin un grau d'incapacitat psíquica constatada pels instruments o escales de valoració cognitiva i que hagin estat estudiades correctament pel seu metge o neuròleg.

Els serveis que ofereix són: menjador, atenció general a la salut, teràpies perquè l'usuari mantingui funcions i de psicoestimulació, entrenament cognitiu, teràpia de suport, activitats recreatives i lúdiques, relaxació i programes d'assessorament familiar.

La infraestructura del personal està formada per tres auxiliars d'infermeria que cobreixen la jornada completa, un metge diplomad en geriatria, personal d'infermeria, una animadora social i personal de neteja amb dedicació parcial i compartit amb la residència.



## 9.2. Equip de psicogerontologia

Des de l'any 2000, el centre té un Departament de Psicogerontologia format per una psicòloga, una educadora per als usuaris vàlids i una educadora per als assistits. La psicòloga organitza el departament, i les intervencions que hi duen a terme són: avaluació psicològica, suport psicològic, redacció de programes individualitzats, elaboració d'eines d'intervenció, taller de memòria, taller d'escriptura (poesia i narrativa), taller de conversa i animació estimulativa, taller d'estimulació cognitiva i psicoafectiva, i animació. Aquests tallers també els duen a terme al Centre de Dia i al pavelló I, on estan ubicats els usuaris que viuen de manera permanent a la residència i que tenen qualque patologia de demència.

## 9.3. Dietètica i nutrició

L'any 1993 va ser formulat per primera vegada el programa de nutrició amb l'objectiu d'atendre les necessitats i demandes dels usuaris pel que fa les dietes i a l'alimentació. Un mal estat nutricional actua com a desencadenant de complicacions a la població general i molt especialment a l'ancià. La identificació de la població en risc de malnutrició o la detecció precoç del mal estat nutricional pot evitar malalties, disminuir l'estada hospitalària, remuntar l'estat postoperatori o, fins i tot, l'aparició de complicacions en cadena. L'enfocament nutricional de l'estudi en el pacient ancià té l'objectiu d'abordar tots els factors que produeixen una malnutrició i de solucionar-los, i obtenir com a resultat més qualitat de vida, més independència i una disminució de tractaments. Actualment, aquest programa està implantat i consolidat.

El primer programa va ser implantat l'any 1998 i l'objectiu principal era implementar el protocol d'intervenció dietètic i nutricional en la població de la Llar dels Ancians, detectar-ne de manera precoç la malnutrició i el risc de patir-ne.

Un dels problemes dels centres residencials era coordinar els horaris dels treballadors i l'atenció als usuaris. Per tant, la primera cosa que varen fer va ser modificar els horaris d'ingesta, perquè els usuaris no haguessin d'estar dotze hores sense ingerir res. Establiren les necessitats nutricionals en cada cas de manera individualitzada a partir dels paràmetres que aporta l'escala *Mini Nutritional Assessment* (MNA) i confeccionaren uns fulls de registre per dur el control de les ingestes. Amb aquests registres aportats pel personal auxiliar d'infermeria podem conèixer de manera rigorosa i objectiva les ingestes de tot el dia i l'acceptació tant dels suplementes pautaats com de les dietes adaptades. Un altre objectiu assolit és adaptar les textures de la dieta i la suplementació dietètica. L'any 2002 el centre començà a dissenyar dietes terapèutiques seguint les prescripcions mèdiques i les patologies de cada pacient, tenint en compte els gustos, hàbits i condicions de vida dels residents. Una feina important que és desenvolupada dia a dia és l'educació

i assessorament als residents i familiars, per la qual cosa el centre concerta visites per informar sobre l'alimentació que ha de seguir el resident en cada cas.

Pels usuaris l'alimentació és una part important de la seva vida. Moltes vegades els temes de nutrició han de ser pactats i per ells la qualitat del servei és avaluat en funció de si estan satisfets o disgustats amb el menjar que els donen.

Hi ha dues comissions. La primera és la Comissió de Nutrició, que està formada per l'equip mèdic, la coordinadora d'infermeria i la dietista. Es reuneixen una vegada al mes per unificar els criteris en alimentació, nutrició i higiene entre els professionals que diàriament s'encarreguen de les tasques de l'alimentació. L'altra, la Comissió de Menús, està formada pel cap de cuina, el cap de menjador, el responsable de l'economat, un membre de la Junta de Residents i la dietista. Aquests es reuneixen un pic a la setmana, dissenyen els menús setmanals i el membre de la Junta de Residents transmet el sentit de satisfacció o insatisfacció dels residents de la setmana anterior.

La mitjana de consultes de nutrició i dietètica és de 2.074 anuals i els motius de consulta són: Alzheimer, anorèxia, adaptació de la dieta, diabetis, dieta líquida oral, dislipèmia, avaluació nutricional MNA, hepatopaties, nutrició enteral, obesitat, particularitats dietètiques fixes, protocols, suplementació dietètica i trastorns del comportament alimentari.

#### **9.4. Unitat de Cures d'Infermeria**

L'equip mèdic de la Llar dels Ancians va considerar important crear una Unitat d'Infermeria per als tractaments aguts i per estabilitzar els processos crònics, ja que el perfil dels residents canviava de manera progressiva. De cada vegada tenien residents més dependents, amb més pluripatologia i polifarmàcia. La residència ja comptava amb el Servei de Farmàcia, que permetia administrar fluidoteràpia, medicació endovenosa... A partir d'això, podia tractar patologies de naturalesa diversa, que abans havia d'enviar als hospitals de referència. Amb aquest servei, els residents podrien tenir una atenció més propera al seu domicili, la residència, i sentir-se protegits pels metges que ja coneixen i pel personal assistencial que els atén cada dia. Eren els anys en què els centres residencials cobrien no solament els aspectes socials, sinó també els sanitaris, segons les característiques dels usuaris.

Els objectius d'aquesta unitat són: optimitzar els recursos sanitaris de la residència, millorar la cartera de serveis a l'usuari, fer més eficient l'atenció integral al resident i evitar, en la mesura que sigui possible, la iatrogènia provocada pels trasllats i ingressos innecessaris a les unitats hospitalàries.

La unitat va ser creada el març de 2005 i disposava de dos llits. El maig va ser amplificada amb quatre llits més i, a l'actualitat, la unitat està consolidada i disposa de dotze llits.

Els primers resultats varen confirmar la idoneïtat del recurs. Dels ingressos que va tenir la unitat durant nou mesos, només un 4% varen ser derivats a l'hospital de referència; un 8% varen ser defuncions i el 88% varen ser altes per curació o millora. Amb aquests resultats podem concloure que la unitat és eficaç i eficient des del punt de vista econòmic, ja que el preu per llit i unitat d'infermeria és menys costós que el de llit a l'hospital. Els usuaris i els familiars n'estan satisfets i ho consideren una millora de la qualitat de vida dels seus grans i a l'hora d'acompanyar-los en els moments més crítics de la malaltia. Les patologies més incidents que generen els ingressos a la unitat són: infeccions respiratòries i urinàries, descompensació de patologies cardiovasculars i pacients pluripatològics amb signes de deshidratació. Des que aquesta unitat va ser creada, les derivacions hospitalàries han disminuït un 65% respecte d'anys anteriors, segons el registre de l'equip mèdic.

## 9.5. Equip de fisioteràpia

L'any 1989 la Llar dels Ancians va fer la primera inversió en material de rehabilitació. De llavors ençà, els programes de rehabilitació han millorat i augmentat. En aquests moments, les funcions dels fisioterapeutes són: fisioteràpia i rehabilitació, manteniment de les activitats de la vida diària (AVD) i gerontogimnàstica (com a acció preventiva). Amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida, hi ha dos grups setmanals i duen a terme activitats com: gimnàstica dolça i creativa, expressió corporal i mímica, aeròbic, activitats rítmiques, recreatives (amb material i música), tècniques de respiració, relaxació, esports adaptats, etc.

El 2008 varen ser tractades dues-centes trenta-tres patologies; les més habituals i per ordre foren: gonartrosi, immobilitisme, espandiloartrosi i lumbàlgia.

En els períodes estivals, de juny a setembre, l'equip de fisioteràpia duu a terme activitats d'hidrogimnàstica a la piscina del centre i ofereix el programa tant als usuaris de la residència com als de la comunitat.

## 10. A l'actualitat

Fins ara, la Llar dels Ancians ha desenvolupat el seu servei amb un model d'atenció mixt que encara ara manté: els usuaris autònoms conviuen amb les persones dependents i comparteixen els serveis.

### 10.1. Descripció del programa

La residència Llar dels Ancians té la missió d'oferir el màxim nivell de qualitat de vida possible a les persones de més de seixanta anys que hi resideixen, de manera temporal o

permanent. Per això, ofereix atenció integral a la persona, promou aspectes convivencials i en té cura, proposa integració i participació en la vida de la residència tant dels usuaris i els familiars com del personal del centre.

## 10.2. Objectiu general

L'objectiu general de la Llar dels Ancians és oferir atenció individualitzada a la gent gran acollida perquè hi visquin amb el grau màxim de benestar possible i tinguin més qualitat de vida. Així mateix, en promou la integració social a través d'una oferta d'activitats socioculturals i del foment de les relacions socials i la convivència.

## 10.3. Normativa reguladora

Decret 66/1999, de 4 de juny, pel qual s'aprova el Reglament regulador del Sistema Balear de Serveis Socials.

Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament dels centres i serveis per a gent gran, tant públics com privats, ubicats en el territori de les Illes Balears.

Circular de l'1 de juliol de 1992, del Ministeri de Treball i Seguretat Social, sobre normes per a la resolució de sol·licituds d'estades temporals en centres residencials de l'INSERSO.

Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears.

Decret 83/2010, de 25 de juny, pel qual s'estableixen els principis generals dels procediments per al reconeixement de la situació de dependència, la intensitat de protecció dels serveis i el règim de compatibilitat de les prestacions del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència en l'àmbit de la comunitat autònoma de les Illes Balears.

Decret 84/2010, de 25 de juny, pel qual es regulen els criteris per calcular la capacitat econòmica amb la finalitat d'establir la participació econòmica de les persones beneficiàries de les prestacions assistencials que formen part de la Xarxa Pública d'Atenció a la Dependència de les Illes Balears, i per concretar les prestacions econòmiques del Sistema per l'Autonomia i Atenció a la Dependència.

Decret 86/2010, de 25 de juny, pel qual s'estableix els principis generals i les directrius de coordinació per a l'autorització i acreditació dels serveis d'atenció a persones grans i persones amb discapacitat, i es regulen els requisits d'autorització i acreditació dels serveis residencials de caràcter supràinsular per a aquests sectors de població.

Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració, de l'11 de novembre de 2010, per la qual s'estableixen els procediments d'ingrés i trasllat a residències i centres de dia de la Xarxa Pública d'Atenció a la Dependència per a gent gran en situació de dependència.

#### **10.4. Serveis que presta la Llar dels Ancians**

Servei d'allotjament

Servei de manutenció

Ajuda per a les activitats bàsiques de la vida diària en funció del nivell d'autonomia

Atenció medicorehabilitadora i d'infermeria

Programa de nutrició personalitzat

Fisioteràpia i programes de psicomotricitat, natació i gimnàstica

Centre de Dia per a malalts d'Alzheimer

Servei d'Atenció Psicogerotològica: animació estimulativa i sociocultural i assistència social

Teràpia ocupacional

Servei de bugaderia

Servei de podologia

Servei de perruqueria

Servei bancari

Serveis religiosos

#### **10.5. Perfil de l'usuari**

Servei d'Estada Permanent: el 86% dels usuaris assistits.

Servei d'Estada Temporal: el 99% de persones assistides.

Centre de Dia: el 100% dels usuaris assistits, el 70% dels quals són dones i més de la meitat tenen més de vuitanta anys.

### **11. Mirar cap envant**

A partir d'un seguit de lleis, avaluacions i informes hom ha configurat el que hauria de ser la residència Llar dels Ancians.

La promulgació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, estableix que són les comunitats autònomes les institucions que han de facilitar l'acreditació que garanteixi el compliment dels requisits i estàndards de qualitat per a tots els centres del catàleg de serveis.

L'any 2008 foren avaluats l'organització i el funcionament dels dos centres residencials de més capacitat de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS). Un d'aquests, la Llar dels Ancians, tenia tres-centes setanta-una places en funcionament, un 35,84% de les quals era per a usuaris autònoms i la resta, per a persones dependents.

El mateix any també fou aprovat el Pla estratègic de l'IMAS, que establia uns objectius de gestió i atenció excel·lents, especialització en persones dependents, obertura a les famílies i a la comunitat, i adaptació als requisits de la Llei de dependència.

Aquestes són les tres línies que són plantejades en aquell Pla estratègic, que ha de regular i adaptar el funcionament de les residències. La primera és millorar el model de gestió, fer-lo eficient i de qualitat en l'organització a través d'un organigrama, implantant-hi la gestió per processos, fomentant-hi el treball en equip, l'ús intensiu de la tecnologia i la formació contínua dels treballadors. La segona és redefinir el model d'atenció i relació de les persones (usuaris directes, familiars, treballadors i comunitat) adaptat a la Llei de dependència, especialitzat, obert i modern. I, finalment, la tercera és millorar els espais de convivència, que han de ser confortables per als residents, familiars i treballadors.

Aquest model d'atenció residencial podria estar configurat de manera la següent:

- Usuaris dependents de grau III i II, amb atenció a la dependència. La cartera de serveis podria ser la següent: estades permanents, temporals, de cap de setmana, diürnes i nocturnes. Els programes que hom aplicaria per promocionar l'autonomia i prevenir la dependència serien de rehabilitació cognitiva i física.
- Usuaris dependents de grau I: estades permanents i temporals, amb problemàtica social, com ara la manca de recursos econòmics o problemes d'habitatge, familiars i/o dels cuidadors. Els programes serien de rehabilitació cognitiva, física i activitats d'oci.

A les persones autònomes de la comunitat també podrien oferir-los els mateixos programes que als usuaris dependents de grau I.

La formació contínua de promoció i atenció per a persones autònomes de la comunitat, familiars, treballadors, voluntaris i estudiants seria a través de cursos, jornades, conferències, etc.

En la línia de millorar els espais de convivència, en primer lloc, cal modernitzar els pavellons C i D, reformar-los i modernitzar-ne els equipaments socio-sanitaris; quan fos possible, caldria fer-ho també als pavellons H i G.

## Referències bibliogràfiques

*Anteproyecto de normativa interior para residentes de la Llar dels Ancians*. Confeccionat pels membres de la Junta de Residents. Any 1982.

Bestard, Bartomeu. «La casa de la misericordia. Crónica de Antaño». *Diario de Mallorca*.

*Definición de la estructura organizativa del Hogar de Ancianos aprobada por el pleno el día 3 de abril de 1989*.

De Juan, M. J.; Pagán, C.; Pou C.; De Antonio, J. A. *Proyecto de Taller de Alimentación y Cocina práctica para el Paciente Diabético anciano que vive en Institución*. Eivissa, gener de 2005.

De Juan, Javier. «Guia sobre la integració de l'IMAS a la Xarxa d'Atenció a la Dependència». Coordinació de centres residencials. Consell de Mallorca: Departament de Benestar Social, Institut Mallorquí d'Afers Socials, 14 d'octubre de 2010.

*Encuesta de alimentación y técnicas culinarias para residencia geriátrica*. Madrid, 2005.

*Eficacia del seguimiento dietético-nutricional en una población geriátrica institucionalizada valorada con la escala Mini Nutritional Assessment (MNA)*. Madrid, abril de 2005.

Fullana, Pere (director de La Llar dels Ancians). *Projecte per un Pla de qualitat*. Any 2000.

Gómez, F. «Residencias de ancianos: de "casa de misericordia" a centros gerontológicos». *Revista Española de Geriátria Gerontológica*, 2007 (núm. 42). Suplement I: I.

«L'estratègia de l'IMAS. Estratègia de les residències IMAS: Llar dels Ancians». *Pla d'implantació bàsic de qualitat*. 2006-2011.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Ley General de Beneficencia, 20 de junio de 1849. Ministerio de la Gobernación del Reino.

López, Rosa; López, J. A. «La reorientación de la asistencia en residencias de ancianos: una perspectiva integradora». *Revista Española de Geriátria Gerontológica*, 2007 (núm. 42). Suplements I, 2: 4.

*Memoria Evaluación de la Residencia Llar dels Ancians.* Instituto Gerontológico Matia (INGEMA). Any 2008.

Memòries de la Llar dels Ancians dels anys 2000 a 2009.

Orden de 16 de mayo de 1985, por la que se aprueba el estatuto básico de los Centros de Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social.

Orden de 8 de enero de 1986, por la que se aprueban los nuevos baremos de admisiones, traslados y permutas en los centros residenciales del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) de la Seguridad Social.

*Puesta funcionamiento de una unidad de enfermería para tratamientos agudos y estabilización de procesos crónicos en una residencia Geriátrica.* 2006.

*Reglamento del Asilo Provincial denominado Casa de Misericordia.* Escuela Tipográfica Provincial. Palma, 1946.

*Residencia de ancianos (centro geriátrico).* Abril de 1977 (no hi apareix la firma de l'autor).

Resolución de 26 de agosto de 1987 de la Dirección General del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) por la que se regulan los ingresos, traslados y permutas en los Centros Residenciales para la Tercera Edad.

*Servicio de farmacia en una residencia geriátrica: demanda asistencial.* XLVII Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Málaga, juny de 2005.

Sintes, Josefina (directora gerent de la Llar dels Ancians). *Una experiència de gestió.* Any 1993.

*Situación actual del Hogar de Ancianos.* Informe de l'any 1989.

Soler, Juan. *Memoria de actividades desarrolladas por la Llar dels Ancians. Años 1985-86-88-89.*



## Autora

M. ÁNGELES PÉREZ ALBERTÍ

Oña (Burgos) 1955. Diplomada en Treball Social i Especialista Universitari en Direcció i Gestió de Serveis Socials. Universitat de les Illes Balears. Directora de la residència Llar dels Ancians, Departament de Benestar Social (Institut Mallorquí d'Afers Socials), Consell de Mallorca.

### Col·laboradors

Ramón Oró, resident de la Llar dels Ancians

Sofia Merino Pérez, assessorament narratiu i llingüístic

Equip de treballadors de la Llar dels Ancians

**UNA MIRADA DE  
PROTECCIÓ DE LES PERSONES GRANS**

---

## **Una mirada de protecció de les persones grans**

M. Bel Amer Riera

M. Antònia Barceló Riera

Maria Isabel Cuart Sintès

---

## Resum

La finalitat d'aquest article és sensibilitzar la població de la realitat del maltractament a les persones grans i proposar línies d'actuació per donar una resposta a aquesta situació, moltes vegades invisible o negada als ulls de la societat.

Partint del concepte de maltractament a les persones grans i la seva tipologia, aportam dades de la prevalença que té a Espanya i del perfil tant de la persona maltractada com de l'agressora. Finalment, oferim propostes de futur per prevenir-lo, detectar-lo i intervenir-hi.

## Resumen

La finalidad de este artículo es sensibilizar a la población de la realidad del maltrato hacia las personas mayores y proponer líneas de actuación para dar una respuesta a esta situación, muchas veces invisible o negada ante los ojos de nuestra sociedad.

Partiendo del concepto de maltrato a las personas mayores y su tipología, se aportan datos de su prevalencia en España y del perfil, tanto de la persona mayor maltratada como de la propia persona agresora, para acabar con propuestas de futuro de cara a la prevención, detección e intervención.

---

## 1. Introducció

Com a professionals coneixedores de la cura de la gent gran, la nostra aportació a l'*Anuari de l'Envel·liment* té la finalitat de sensibilitzar envers la realitat del maltractament a aquest sector de la població i proposar línies d'actuació per atendre aquest fet en el futur.

El terme de maltractament a la gent gran, en anglès *elder abuse*, fou introduït als Estats Units la dècada dels anys setanta (Benett, Kingston, Penhale 1997). El fet que sigui un concepte relativament recent no vol dir que no es produeixi, sinó que és una problemàtica oculta. Així mateix, és cert que la societat ha canviat i que aquests canvis han implicat, en part, més susceptibilitat envers el risc del maltractament de la gent gran.

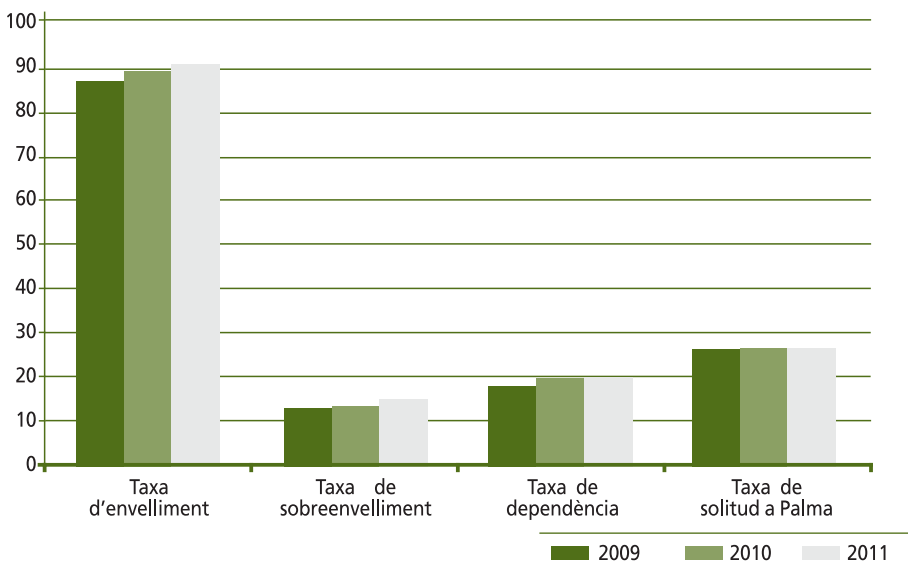
La població ha envellit, tal com veurem reflectit a la taula següent, que recull dades de la població de Palma. La taxa d'envelliment ha augmentat 3,4 punts, mentre que la de joventut n'ha disminuïts 1,9. Hi observam també que la taxa de dependència ha augmentat 1,6 punts.

**Taula 1** | *Evolució de la taxa d'envelliment*  
(Observatori Municipal de la Igualtat 2011)

	2009	2010	2011
Taxa d'envelliment	87	88,5	90,4
Taxa de sobreenvelliment	13,4	13,8	13,9
Taxa de dependència anciana	18,4	18,9	19,6
Taxa de solitud a Palma	26,1	25,9	25,9

- Taxa d'envelliment: població de seixanta-cinc anys o més / població de menys de setze anys (en percentatge)
- Taxa de sobreenvelliment: població de més de vuitanta-quatre anys / població / població de seixanta-cinc anys i més (en percentatge)
- Taxa de dependència anciana: població de més de seixanta-quatre anys / població de setze a seixanta-quatre anys (en percentatge)
- Taxa de solitud anciana: unitats de convivència unipersonals de seixanta-cinc anys i més / població de seixanta-cinc anys i més (en percentatge)

**Gràfic 1** | *Evolució de la taxa d'envelliment*  
(Observatori Municipal de la Igualtat 2011)



A més de l'evolució estadística de la població en general, a les darreres dècades ha canviat el model de convivència en la nostra societat. En el passat, la gent gran tenia un rol que implicava un respecte i un paper rellevant al si de la família. Actualment, però, la figura de la persona gran ja no és un referent i ha perdut el reconeixement social; a més, l'estructura familiar ha canviat respecte del model més tradicional, n'ha canviat la composició: on abans vivien tres generacions, ara moltes de vegades viu sola la persona gran (una cinquena part de la població de gent de més de seixanta-cinc anys a Espanya, segons l'estudi dut a terme per López el 2005). El rol tant de la persona gran com dels familiars tampoc ja no és el mateix. Per una banda, la dona gran no pot viure l'ancianitat amb placidesa, perquè ha d'oferir suport als fills i tenir cura dels néts. Per altra banda a la dona treballadora, ha de compaginar el treball remunerat amb l'atenció als fills i als majors, els quals, si a més són dependents, representen una càrrega elevada.

Aquesta situació sociofamiliar afavoreix que augmenti el risc de maltractament envers la persona gran. Aquest escenari sabem que es produeix, però no coneixem quina incidència real té, perquè no disposam de dades estadístiques que n'informin i perquè les que existeixen són poc representatives, ja que solament mostren una part de la situació real (no tothom és conscient de quan es produeix una situació de maltractament i, quan es produeix, pocs la denuncien, sinó que la silencien, la neguen o s'hi adapten).

Davant aquest fenomen nou, cal prendre mesures per prevenir-lo, detectar-lo a temps i actuar-hi eficaçment, això és el que pretenem aconseguir en aquest document: sensibilitzar envers aquesta realitat i oferir pautes per fer-hi front.

## 2. Conceptualització

### 2.1. Definició de maltractament envers les persones grans

Hi ha múltiples definicions, però aquí n'hem recollides dues de representatives. Una és la de l'Organització Mundial de la Salut, que defineix el maltractament a les persones grans com tot acte aïllat o reiterat o l'omissió d'una intervenció adequada, en el context d'una relació en què hi ha expectatives de confiança i que causa perjudici o angoixa a una persona d'edat avançada. L'altra (I Conferència Nacional de Consens sobre l'Ancià Maltractat, 1995) el defineix com qualsevol acte o ommissió que produeix dany, intencionat o no, practicat a persones de més de seixanta-cinc anys, que succeeix en el medi familiar, comunitari o institucional, que vulnera o posa en perill la integritat física, psíquica, així com el principi d'autonomia o la resta dels drets fonamentals de l'individu, i és constatable objectivament.

## 2.2. Tipologies

Segons la Comissió de Seguiment del Protocol d'Actuació en els casos de Violència Domèstica i de Gènere es poden classificar en:

- Maltractament físic: ús intencionat de la força física que pot provocar lesió corporal, dolor físic o perjudici.
- Maltractament psicològic: provocació intencionada d'angúnia, de pena, sentiment d'indignitat, por o aflicció mitjançant actes verbals o conductes no verbals, això és, amenaces, insults, intimidació, humiliació, ridiculització, intimidació...
- Abús sexual: comportament (gests, insinuacions, exhibicionisme, etc.) o contacte sexual de qualsevol tipus [...] no consentit o amb persones incapaces de donar-hi consentiment.
- Explotació econòmica: utilització no autoritzada, il·legal o inapropiada de fons, propietats o recursos.
- Maltractament farmacològic: utilització inadequada o desproporcionada de fàrmacs per a la sedació o contenció. Aquest grup inclou també la negació d'un medicament necessari.
- Negligència: rebuig, negació i equivocació per començar l'atenció a les necessitats de la persona gran, continuar-la o completar-la, ja sigui de manera voluntària (activa) o involuntària (passiva), per part de la persona que de manera implícita o acordada en sigui responsable.
- Vulneració o violació dels drets: confinament o qualsevol altra interferència de la llibertat personal, així com explotació de la persona gran o vulneració dels altres drets fonamentals que té com a ciutadà de dret.
- Autonegligència/autoabandonament: comportament no conscient d'una persona gran que amenaça la seva salut o seguretat.
- Maltractament social: discriminació d'un grup de població que reuneix unes característiques comunes, en aquest cas, l'edat, quan es converteixen en víctimes de delictes, activitats fraudulentament, assetjament immobiliari...
- Maltractament institucional: qualsevol legislació, programa, procediment, actuació o omissió procedent dels poders públics i privats, o derivats de l'actuació individual del professional, que comporti abús, negligència, o detriment de la salut, seguretat, de l'estat emocional o de l'estat del benestar físic de la persona gran, o manca de respecte als seus drets.

### 3. Epidemiologia

No hi ha gaires dades publicades sobre la incidència del maltractament a la gent gran. La dificultat per obtenir-ne sobre la prevalença és causada per la negativa de la víctima per por i perquè els fets ocorren majoritàriament en l'àmbit familiar i són provocats per persones amb les quals té un lligam afectiu estret (fills, parella, germans...). A més, els professionals i treballadors dels mitjans socio-sanitaris, així com la població en general, estan poc conscienciats.

Segons l'Informe Mundial sobre la Violència i la Salut (OMS 2002), la taxa de maltractament envers la gent gran en l'àmbit domèstic està entre un 4% i un 6%. L'informe afegeix que aquestes dades no representen la totalitat, donat que el 80% de les situacions de maltractament no són denunciades.

Segons dades del Ministeri de l'Interior, recollides pel Centro de Investigación Reina Sofía (2011), la incidència de persones grans maltractades ha augmentat un 113,02% els darrers anys i la incidència és més gran entre les dones que entre els homes (vegeu la taula 2). Cal tenir present que aquestes dades fan referència a situacions de maltractament denunciades i que tan sols són un percentatge de les situacions «reals».

**Taula 2** | *Incidència de persones de seixanta-cinc anys o més maltractades*

	2000	2001	2002	2003
Homes	808	765	1.405	1.565
Dones	1.443	1.438	2.360	2.538

Són interessants, també, les dades recollides per Iborra (2008), el qual va fer una investigació d'àmbit estatal per estudiar la prevalença del maltractament a les persones grans en la família. Amb aquesta finalitat, va entrevistar una mostra representativa tant de persones grans com de cuidadores de gent gran dependent. Les dades d'aquest estudi són interessants, perquè no són exclusivament de persones que hagin denunciat el maltractament, fet pel qual és una mostra més representativa, sinó que, a més, recullen la incidència del maltractament per tipologia.

Amb aquest estudi, l'autor revelà que un 0,8% de les persones grans entrevistades havia estat víctima de maltractament per part de qualche familiar, percentatge que augmentava fins a l'1,5% en el cas de persones grans dependents. Els més freqüents eren el maltractament psicològic i la negligència entre la població general i l'abús econòmic entre la població dependent (vegeu la taula 3).



**Taula 3** | *Prevalença del tipus de maltractament*

	Mostra total de gent gran	Gent gran dependent
Maltractament físic	0,2%	0,3%
Maltractament psicològic	0,3%	0,6%
Negligència	0,3%	0,6%
Abús econòmic	0,2%	0,9%
Abús sexual	0,1%	0,3%
TOTAL	0,8%	1,5%

Respecte de les dades sobre el maltractament en l'àmbit institucional, la informació disponible és insuficient.

## 4. Perfil de la persona agressora i de la maltractada

### 4.1. Perfil de la persona agressora

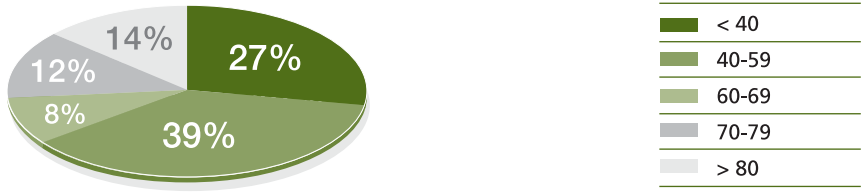
Generalment, el maltractament és produït al si de la pròpia família. La violència és una reacció relativament normal derivada de la tensió existent en moltes estructures familiars.

Una gran part de les persones que maltracten són els propis cuidadors. El perfil típic de curador/a és el d'una dona que té entre quaranta-cinc i seixanta-nou anys (Caballero, Remolar 2000), casada, de classe modesta, allunyada del món laboral, encara que de cada vegada més compagina el treball fora de casa amb la cura dels fills i dels grans. La franja d'edat amb més percentatge d'agressors és la compresa entre els quaranta i els cinquanta-nou anys, que és quan la dona curadora ha d'invertir més temps en l'atenció envers tots els familiars, fills i grans, i no disposa de temps lliure, fet que incrementa el risc de maltractament. A més dels descendents directes (fills i néts), el percentatge més elevat de maltractament prové de la parella o altres familiars, com ara germans o nebots.

La persona que maltracta es dedica a tenir cura de la víctima durant un temps mitjà de deu anys; la majoria (75%) conviu amb ella; un 50% necessita viure a la mateixa llar, i un altre 50% necessita els diners de la víctima.

Generalment, són persones que tenen una comunicació pobra amb la víctima, estan aïllades socialment i pateixen problemes econòmics (desocupació...). N'hi ha moltes que tenen antecedents de maltractament a la infantesa, solen patir trastorns mentals, com la depressió, alteració de la personalitat, ansietat, alcoholisme, drogoaddicció, sentiments de solitud, autoestima baixa, desesperació i frustració, entre d'altres.

**Gràfic 2 | Edat dels agressors**



**4.2. Perfil de la persona maltractada**

El perfil de la persona maltractada és el d'una dona de més de setanta-cinc anys, amb deteriorament psicofísic, trastorns psiquiàtrics importants, dèficits sensorials, personalitat egocèntrica dependent i relacions paternofilials alterades.

**Taula 4 | Factors de risc**

Associats a la víctima	Associats al maltractador
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deteriorament funcional</li> <li>2. Dependència psíquica</li> <li>3. Alteracions de la conducta</li> <li>4. Aïllament social, amb història prèvia de violència familiar</li> <li>5. Dones de més de setanta-cinc anys</li> <li>6. Pobresa estructural o manca de recursos</li> <li>7. Discriminació per edat</li> <li>8. Imatge estereotipada de la vellesa com una càrrega</li> <li>9. Manca de relacions intergeneracionals</li> <li>10. Potenciació de vells conflictes</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cansament</li> <li>2. Aïllament social</li> <li>3. Problemes econòmics</li> <li>4. Estrès vital</li> <li>5. Abús de droga</li> <li>6. Trastorns mentals</li> <li>7. Ser curador únic</li> <li>8. Experiència familiar de maltractaments</li> <li>9. Manca de preparació o d'habilitats per tenir cura de qualcú</li> </ol>
Estructurals	Institucionals
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pobresa o manca de recursos</li> <li>2. Discriminació per edat</li> <li>3. Imatge estereotipada de la vellesa com una càrrega</li> <li>4. Relacions intergeneracionals deficientes</li> <li>5. Potenciació de vells conflictes</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personal poc preparat o amb qualificació professional baixa</li> <li>2. Salaris baixos</li> <li>3. Sobrecàrrega de feina</li> <li>4. Estructura física de la institució no adaptada a la gent gran</li> <li>5. Manca de recursos</li> <li>6. Normes de funcionament inadequades</li> <li>7. Manca de supervisió</li> </ol>

## 5. Proposta d'intervenció davant els maltractaments envers persones grans a l'illa<sup>1</sup> de Mallorca

La proposta d'intervenció que exposam a continuació inclou mesures adreçades a tots els nivells d'intervenció: prevenció, detecció, atenció i recuperació.

### 5.1. Prevenció

És el conjunt d'actuacions encaminades a evitar o reduir la incidència del fenomen dels maltractaments minvant-ne els factors de risc.

Hi hem d'incloure des dels casos en què encara no s'han manifestat les situacions de maltractament fins als casos en què cal treballar per evitar que es cronifiquin.

Les actuacions preventives impliquen una gran part de les institucions i administracions públiques de l'àmbit educatiu, del sociosanitari i del jurídic.

Les actuacions principals que cal dur a terme en l'àrea de prevenció són les següents:

- **Reconeixement públic** que existeix maltractament envers la gent gran.
- Promoure una **normativa específica per protegir les persones grans**.
- **Sensibilització**: adreçada als professionals, als familiars i a tota la societat. L'objectiu és visualitzar el fenomen dels maltractaments i, al mateix temps, modificar actituds i accions.
- Cal garantir **la formació del col·lectiu d'agents implicats**, professionals dels recursos sanitaris, socials, de seguretat i judicials. Per poder fer un bon abordatge és necessari organitzar jornades formatives per a tot el col·lectiu de treballadors de l'Administració i de les entitats privades per donar a conèixer els circuits legals d'actuació i denúncia.
- Disposar d'una legislació específica de protecció per a les persones grans respecte dels abusos. Hi ha l'obligació ètica i legal de notificar a les autoritats els casos de sospita. Hom hauria d'emprar mesures de protecció per als denunciants.
- Formació per a persones cuidadores, professionals o no, sobre els drets i les estratègies de bon tracte.

<sup>1</sup> Adaptació del Protocol marc per fer un abordatge coordinat a les situacions de maltractament vers les persones grans. Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania.

- Garantir l'optimització dels estàndards de qualitat dels serveis i institucions residencials, públics o privats, per assegurar una intervenció de qualitat.
- Garantir que tots els serveis d'atenció primària, els seus usuaris, les persones residents als centres d'institucionalització i les famílies sàpiguen que existeixen els serveis d'inspecció.
- Difondre a totes les persones grans i a llurs famílies les línies telefòniques per poder denunciar possibles situacions de maltractament envers persones grans.
- Campanyes publicitàries, xerrades, taules rodones i fòrums de debat per publicitar el problema i informar-ne, a més de fer visibles les conseqüències dels maltractaments.
- En l'àmbit educatiu, caldria programar activitats de formació per al professorat i per als alumnes amb l'objectiu que ningú no consideri la violència una manera de resoldre conflictes. Caldria, també, emprendre projectes nous per **fomentar la convivència i el respecte dels infants i joves envers la gent gran.**
- Per atendre les persones grans maltractades, caldria facilitar l'accessibilitat a través del **Servei de Protecció i Atenció a les Persones Grans (SPPG)** en el marc del que podria ser **l'Oficina per a la Gent Gran** de l'Àrea de Dependència .
- Donar a conèixer el **mapa de recursos** existents a Mallorca per atendre les persones grans.
- Crear **l'Observatori del bon tracte a la gent gran de Mallorca**: el programa d'activitats se centraria a estudiar, investigar i difondre documents, publicacions, recomanacions, guies, formació per tractar bé els grans, a més d'eines d'informació i aprenentatge per a les persones que tenen cura de la salut dels grans. Estaria adreçat a persones dependents, en risc de maltractament, familiars, cuidadors i professionals de la salut.

## 5.2. Detecció

La detecció l'haurien de dur a terme a través d'instruments que permetessin identificar i visualitzar el maltractament, tant si es produeix de manera aïllada com si ja és crònica.

La detecció de possibles situacions de maltractament pot esdevenir-se a partir de situacions diverses:

1. La mateixa persona gran que expressa i comunica que es troba en aquella situació
2. Qualque familiar o persona de l'entorn de la persona que observa i comunica la situació de maltractament

3. Un ciutadà / una ciutadana
4. Un professional que detecta o sospita que es produeix un maltractament

En el cas que el maltractament sigui detectat per la pròpia persona, familiar o qualcú del seu entorn, ho pot comunicar directament a través del telèfon d'atenció a les persones grans.

#### **TELÈFON D'ATENCIÓ A LA GENT GRAN**

Seria un servei telefònic gratuït gestionat pel Consell de Mallorca en el marc de les polítiques de promoció de l'autonomia personal i de prevenció de possibles situacions de risc que poden patir les persones grans.

La posada en marxa d'aquest servei hauria d'anar acompanyada d'un decret pel qual estaria regulada la protecció jurídica a la gent gran.

Objectius:

- Facilitar informació sobre serveis i recursos existents a Mallorca per a persones grans
- Recollir queixes i suggeriments sobre el funcionament dels centres d'atenció especialitzada
- Detectar situacions de risc o maltractament que puguin patir les persones grans i que vulnerin els seus drets
- Atendre de manera personalitzada i a través de personal qualificat qualsevol altra demanda de les persones usuàries

El servei seria ofert a través de teleassistència. Pel que fa al personal, es tractaria de professionals qualificats que oferirien atenció personalitzada les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any. Quan les persones teleoperadores detectassin un risc de maltractament, obririen un expedient i, en l'aplicació informàtica, emplenarien una fitxa de recepció de telefonades amb una sèrie de dades per localitzar la persona gran presumptament maltractada (vegeu el full de comunicació de l'annex 1).

En el cas que fos un professional qui detectàs o sospitàs d'un presumpte maltractament, ho notificarà al SPPG a través del full del Registre de Comunicació de Casos (vegeu l'annex 2).

En qualsevol cas, serà necessari posar-se en contacte amb el recurs corresponent (SPPG) per fer l'exploració dels indicadors de maltractament o factors de risc i confirmar la sospita o descartar-la.

Si la sospita fos confirmada, haurà de determinar el risc que corre la persona maltractada i derivarà el cas al recurs adient:

Recurs de seguretat

- Telèfon d'emergències 112
- Cossos de seguretat

## Recursos socials

- Serveis socials municipals
- Línia 016 d'atenció a les víctimes de la violència de gènere

## Recursos sanitaris

- Telèfon d'urgències mèdiques 061
- Centres de salut
- Dispositiu de la Xarxa d'Atenció Hospitalària

### 5.3. Atenció i recuperació

El Servei de Protecció i Atenció a les Persones Grans (SPPG) serà el responsable de dur a terme tota la tasca d'investigació i implementarà el Pla d'intervenció individual i familiar que hom aplicarà a la persona que hagi patit maltractament i als familiars. El pla inclou accions, recursos i procediments per resoldre la situació.

Aquest servei comptarà amb una base de dades per sistematitzar la informació (annex 3).

El referent del cas s'ha de posar en contacte amb els membres de la família o del seu entorn per fer-ne una valoració integral i també amb els equips professionals perquè sigui un abordatge interdisciplinari.

Per fer una intervenció integral és bàsic que els equips professionals dels recursos sanitaris, socials, jurídics i de seguretat estiguin coordinats.

La valoració del cas recollirà el màxim nombre de dades de la persona afectada i de les persones del seu entorn. Inclourà:

- Exploració física, social, cognitiva i emocional
- Exploració de la situació del maltractament
- Exploració de l'existència de recursos
- Presa de contacte amb la persona que exerceix el maltractament

Sol·licitar la col·laboració dels familiars o persones de suport per dur a terme les intervencions que calguin

Confirmada la situació de maltractament, cal comunicar-ho a Fiscalia i al jutjat de guàrdia.

El procediment que cal seguir dependrà de si perilla o no la integritat física de la persona gran.

### **5.3.1. Actuació en cas d'urgència**

- Proporcionar assistència i atendre les lesions físiques i psicològiques.
- El professional haurà d'ajudar la persona gran perquè prengui consciència de la situació i l'haurà d'informar de les intervencions que duren a terme; escolarà les seves decisions i les respectarà.
- Procurar separar la persona gran de la que exerceix el maltractament, especialment si conviu en el mateix domicili.
- Promoure la implicació de les persones del seu entorn que puguin donar-li suport..
- Sol·licitar mesures protectores a la Fiscalia.
- Sol·licitar al jutjat d'instrucció mesures cautelars per a la persona agressora.

#### **5.3.1.1. Si la persona accepta sortir del domicili**

- Canviar de domicili amb persones pròximes.
- Si no té una altra alternativa o no està en condicions de prendre la decisió, tramitar-ne l'ingrés a un centre residencial o sociosanitari de mitjana o llarga estada (accedir a una plaça de prioritat social).

#### **5.3.1.2. Si la persona no accepta anar-se'n del domicili**

- Proporcionar-li informació sobre els recursos existents, donar-li suport i acompanyar-la amb la presa de decisions.
- Elaborar un pla de seguretat i un de seguiment amb la resta de professionals dels serveis implicats.

### **5.3.2. Actuacions en cas de no urgència**

El professional ha d'establir un pla de treball per a la persona maltractada i l'agressor amb el consentiment d'ambdues parts. Tots els professionals implicats treballaran en xarxa per fer el seguiment del cas.

#### **5.3.2.1. Adreçades a la persona gran maltractada**

- Informar la persona afectada i les persones del seu entorn protector dels recursos existents i de les actuacions que duren a terme.
- Proporcionar suport i acompanyament a la persona gran a través d'un pla d'intervenció individualitzat en coordinació amb la resta de professionals implicats.

### 5.3.2.2. Adreçades a la persona que exerceix el maltractament

Proporcionar-li la possibilitat de començar un tractament psicoeducatiu per acceptar la seva responsabilitat i treballar les habilitats perquè pugui dispensar un bon tracte.

Una vegada que hagin acabat el pla de treball, si ambdues parts no han assolit els objectius i els maltractaments persisteixen, serà comunicat al jutjat de guàrdia i a la Fiscalia.

#### Per acabar

Si aquest article serveix per estar atents a la possibilitat de veure que una persona gran pateix un maltractament i podem ajudar-lo, la nostra proposta de futur per a les persones grans en situació de risc de l'illa de Mallorca haurà assolit el seu objectiu.

## 6. Annex

### ANNEX 1

#### FITXA DE RECEPCIÓ DEL TELÈFON D'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS

NÚM.	LOCALITAT	DATA	HORA
TIPOLOGIA			
INTERVENCIÓ			
Havia denunciat el cas anteriorment?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

#### DADES DE LA PERSONA INFORMANT

Anònim?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
NOM			
ADREÇA			
TELÈFONS DE CONTACTE			
RELACIÓ I/O PARENTIU AMB LA PERSONA AFECTADA			



**DADES DE LA PERSONA AFECTADA**

NOM I LLINATGES		
ADREÇA		
LOCALITAT		TELÈFON
EDAT	SEXE	

Descripció de la situació
---------------------------

**DADES SOCIOFAMILIARS**

Persona dependent?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Persona vàlida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Viu sola?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Viu acompanyada?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Parentesc		

## ANNEX 2

**REGISTRE DE COMUNICACIÓ DE CASOS AL SERVEI DE PROTECCIÓ I ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS****DADES DEL CENTRE SOL-LICITANT**

MUNICIPI	DATA DE DEMANDA		
DADES DEL CENTRE			
ADREÇA			
NOM I LLINATGES DEL PROFESSIONAL REFERENT			
PROFESSIÓ			
TELÈFON DE CONTACTE			
ALTRES SERVEIS IMPLICATS			
Havia denunciat anteriorment el cas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

**TIPUS DE SOL-LICITUD**

LA SOL-LICITUD ÉS PER INICIATIVA DE	<input type="checkbox"/> Un familiar	<input type="checkbox"/> El derivant	<input type="checkbox"/> Altres
-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

**DADES DE LA PERSONA GRAN AFECTADA**

NOM I LLINATGES				
DATA DE NAIXEMENT		LLOC DE NAIXEMENT		
ADREÇA				
MUNICIPI		TELÈFON		
ESTAT CIVIL:	<input type="checkbox"/> fadrí	<input type="checkbox"/> casat	<input type="checkbox"/> separat	<input type="checkbox"/> vidu/vídua <input type="checkbox"/> altres

**DADES DE DEPENDÈNCIA**

Té sol·licitud de valoració dependència	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
En el cas de <b>Sí</b> , grau i nivell:					
Resolució de PIA					
TIPUS DE PRESTACIÓ:					
CENTRE RESIDENCIAL:	<input type="checkbox"/> públic	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> plaça definitiva	<input type="checkbox"/> plaça temporal	<input type="checkbox"/> SAD
<input type="checkbox"/> Centre de dia	<input type="checkbox"/> Ajudes per a la dependència		<input type="checkbox"/> altres		

**DADES PERSONALS**

Persona dependent?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Persona vàlida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Viu sola?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Viu acompanyada?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Parentiu, si viu acompanyada:					
Té representant legal o títol en el cas que no en tingui				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**DADES DE CONVIVÈNCIA. Indica les persones que resideixen amb la persona maltractada**

NOM I LLINATGES <b>del cuidador/a principal</b>	
Relació de parentiu	Estudis realitzats
Professió	Lloc i data de naixement
Nom i llinatges d'altres familiars	

**GENOGRAMA FAMILIAR**

(Incorpora noms, edats, lloc de residència, professió i altres informacions rellevants)
---

## INFORMACIÓ GENERAL I DESCRIPCIÓ DEL PROBLEMA QUE HA MOTIVAT LA NOTIFICACIÓ

Fet
-----

### Antecedents


### Problemàtica familiar


### Problemàtica de la persona gran


Havien estat denunciats anteriorment maltractaments?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Havien estat retirades les denúncies?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Hi ha intenció de denunciar el fets?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------



## ANNEX 3

**PROPOSTA DE BASE DE DADES DE PERSONES GRANS MALTRACTADES  
DADES DE LA PERSONA GRAN MALTRACTADA**

NOM I LLINATGES		
DATA DE NAIXEMENT		
LLOC DE NAIXEMENT		
ADREÇA		
MUNICIPI		
TELÈFON		
DNI		
SEXE	dona	
	home	
ESTAT CIVIL:		
	fadri	
	casat	
	separat	
	vidu/vidua	

**DADES DE LA XARXA FAMILIAR O DE L'ENTORN**

Nom i llinatges Adreça Nivell de relació/parentiu
Nom i llinatges Adreça Nivell de relació/parentiu
Nom i llinatges Adreça Nivell de relació/parentiu
.....

**DADES DE DEPENDÈNCIA**

Té sol·licitud de valoració de la dependència		
Resolució del PIA	grau 3	
	grau 2 nivell 2	
	grau 2 nivell 1	
	grau 1 nivell 2	
	grau 1 nivell 1	
	sense	

CENTRE RESIDENCIAL:	públic	
	privat	
	plaça definitiva	
	plaça temporal	

SAD		
CENTRE DE DIA		
CENTRE DE NIT		
Ajudes per a la dependència		
Altres		

Persona dependent?		
Persona vàlida?		
Viu sola?		
Viu acompanyada?		

Té representant legal o títol, en el cas que no en tingui		
---	--	--

Havia denunciat anteriorment maltractaments?		
--	--	--

Havien retirat les denúncies?		
-------------------------------	--	--

Tenien intenció de denunciar el fets?		
---------------------------------------	--	--

**TIPUS I ÀMBIT DEL MALTRACTAMENT**

Tipologia	Àmbit	
	Familiar	Institucional
Físic		
Emocional		
Patrimonial		
Sexual		
Negligència		
Abandonament		
Autonegligència		

**DADES DEL PRESUMPTE MALTRACTADOR**

Nom i llinatges	
Adreça	Població
Data de naixement	
Parentiu/relació amb la víctima	
Nivell d'estudis: sense estudis elementals superiors	
Situació laboral: <input type="checkbox"/> activa <input type="checkbox"/> desocupat	
Conviu amb la víctima: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



## Referències bibliogràfiques

Andrés, I.M.; González, N.; Lorente, E.; Muñoz, M.T.; García, M.C.; Baena, C. (2009). *Guía básica para la detección y actuación ante situaciones de maltrato a personas mayores*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Gerencia de Servicios Sociales.

Arzamendi, J. L. (2006). *El maltrato de personas mayores, detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Donostia: Hurkoa Fundazioa.

Bennett, G.; Kingston, P.; Penhale (1997). *The Dimensions of Elder Abuse: perspectives for Practitioners*. Londres: Macmillan.

Centro Reina Sofía. *Ancianos maltratados en el ámbito familiar*. Recuperat el 12 de juny de 2011 del lloc web del Centro Reina Sofía: <<http://www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est/pdf/EST010-3262.pdf>>

Caballero, J. C.; Remolar M. L. (2000). «Consideraciones sobre el maltrato al anciano». *Revista multidisciplinar en Gerontología* 10 (3), pàg. 177-188.

Comisión de Seguimiento del Protocolo de Actuación en los casos de Violencia Doméstica y de Género (2006). *Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores*. Girona: Serveis Territorials d'Acció Social i Ciutadania.

Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Institut Balear de la Dona. (2010). *Protocol interinstitucional de detecció, prevenció i atenció de la violència masclista i en casos d'atacs sexuals de les Illes Balears*. Palma: Govern de les Illes Balears. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Institut Balear de la Dona.

Consell de Mallorca. Departament de Benestar Social. (2010). *Guia per a la prevenció, detecció i actuació davant el maltractament a persones grans*. Palma: Consell de Mallorca. Departament de Benestar Social.

Departament d'Acció Social i Ciutadania. *Adaptació del Protocol marc per un abordatge coordinat de les situacions de maltractament vers les persones grans*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Departament d'Acció Social i Ciutadania (2009). *Investigació sobre maltractaments economicofinancers a les persones grans a Catalunya 2006-2009*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Govern de les Illes Balears. Conselleria de Treball. «Guía para la implantación de un protocolo para la prevención del acoso moral y sexual». *Revista d'Afers Socials* 1.

Iborra, I. (2008). *Maltrato de las personas mayores en la familia en España*. València: Centro Reina Sofía.

López, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: INSERSO.

Observatori Municipal de la Igualtat (2011). *Explotació del padró municipal de l'Ajuntament de Palma*. Palma: Ajuntament de Palma.

OMS (2006). *Maltrato de ancianos y alcohol*. Ginebra: OMS.

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

Touza, C. (dir.); Segura, M.; Prado, C.; Ballester, Ll.; March, M. (2009). *Personas mayores en riesgo*. Madrid: Pirámide.

## Autors

### M. BEL AMER RIERA

Manacor, 1958. Llicenciada en Psicologia per la UB, especialitzada en Psicologia Clínica, i diplomada en Logopèdia per l'Hospital de Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Ha estat professora associada del Departament de Ciències de l'Educació de la UIB.

La seva experiència professional se centra en la violència envers les persones grans treballant a l'Àrea de Gent Gran del Departament de Benestar Social del Consell de Mallorca.

### M. ANTÒNIA BARCELÓ RIERA

Manacor, 1963. Diplomada en Infermeria per la UIB i llicenciada en Ciències Polítiques i Sociologia per la UNED.

La seva experiència laboral se centra en el sector de la població de gent gran, concretament en els centres residencials públics del Consell de Mallorca.

Ha estat professora associada de l'Escola Universitària d'Infermeria.

Treballa al Departament de Benestar Social del Consell de Mallorca.

### MARIA ISABEL CUART SINTES

Palma, 1974. Llicenciada en Psicopedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Postgrau de Demències i Malaltia d'Alzheimer (ISEP). Actualment treballa com a tècnica a la Secció de Foment de l'Autonomia de les Persones Majors, a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, i com a professora associada a la Universitat de les Illes Balears, Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació, àrea de Psicologia Evolutiva i de l'Educació.

**ENVELLIMENT I MALALTIES  
NEURODEGENERATIVES.  
QUIN PAPER HI TENEN LES PROTEÏNES?**

---

# **Envelliment i malalties neurodegeneratives. Quin paper hi tenen les proteïnes?**

Miquel Adrover Estelrich

## Resum

És ben sabut per tothom que quan tenim un constipat o la grip l'agent causant és un virus; sabem que l'amigdalitis o la pneumònia són provocades per infeccions bacterianes, i que hi ha processos endògens, com les calcificacions, que són els responsables de disfuncions renals o cardiovasculars. Què sabem, però, de les malalties neurodegeneratives?, perquè les desenvolupam?, són causades per l'acció d'un virus o d'un bacteri, o bé per disfuncions del propi organisme?, què tenen en comú totes elles? I, el que és més important, perquè la gent d'edat avançada té més tendència a patir-les? Amb el que sabem avui en dia no és gens fàcil respondre de manera conclusiva cada una d'aquestes qüestions. Malgrat això, en aquest article s'intentarà oferir una visió general de les malalties neurodegeneratives que pateixen les persones d'edat avançada i del paper que hi tenen les proteïnes. Tot això es farà amb una finalitat molt concreta: establir les bases moleculars que duen al desenvolupament dels processos neurodegeneratius més comuns. Per assolir aquesta fita, partirem de conceptes bàsics: es definirà què és una proteïna, el plegament que té, les conseqüències del seu desplegament, etc., i acabarem associant les malalties neurodegeneratives més comunes a un procés molecular concret. S'espera que les dades i la informació que es presenten en aquest treball serveixin per millorar el coneixement social dels processos responsables del desenvolupament de malalties com l'Alzheimer, el Parkinson o l'esclerosi.

## Resumen

Por todos es sabido que los virus son los agentes causantes del constipado o de la gripe; que la amigdalitis o la neumonía derivan de infecciones bacterianas y que procesos endógenos como las calcificaciones son responsables de disfunciones renales o cardiovasculares. ¿Pero, sabemos tanto sobre las enfermedades neurodegenerativas?, ¿por qué las desarrollamos?, ¿se deben a la acción de un virus, una bacteria o a disfunciones del propio organismo?, ¿qué tienen en común todas ellas? Y, lo más importante, ¿por qué la gente de edad avanzada tiene una mayor tendencia a presentarlas? Con los datos que se poseen hoy día no es nada fácil responder de forma conclusiva a la gran mayoría de estas preguntas. A pesar de ello, en este artículo se intentará dar una visión general de las enfermedades neurodegenerativas que presentan las personas de edad avanzada y del papel que juegan las proteínas en dichos procesos. Todo ello se enmarca en una finalidad concreta: establecer las bases moleculares que llevan al desarrollo de los procesos neurodegenerativos más comunes. Para lograr este objetivo se partirá de conceptos básicos, definiendo qué es una proteína, su plegamiento, las consecuencias de su desplegamiento, etc., y acabaremos asociando algunas de las enfermedades neurodegenerativas más comunes a un proceso molecular concreto. Se espera que los datos y la información aportada en este trabajo contribuyan

a mejorar el conocimiento social sobre los procesos responsables del desarrollo de enfermedades como el Alzheimer, el Parkinson o la esclerosis.

## 1. Què són les proteïnes?

### 1.1. Proteïnes: elements essencials per a la vida

Les proteïnes són unes macromolècules biològiques que tenen tots els organismes vius. Representen una de les peces estructurals més importants i s'encarreguen d'executar la majoria dels processos cel·lulars. És per això que cada organisme viu presenta una gran col·lecció de proteïnes de grandària i propietats diverses, la qual cosa permet cobrir tots els processos necessaris per desenvolupar la vida. Per exemple, sabem que l'espècie humana té devers trenta mil proteïnes diferents, cada una de les quals pot executar una funció pròpia i diferent de la de les altres (Herczenik & Gebbink 2008). Així, podem dir, per exemple, que hi ha proteïnes que poden actuar com a transportadores de molècules més petites; n'hi ha d'altres que actuen com a missatgeres i transmeten informació entre cèl·lules, i n'hi ha que formen part del sistema immunològic i, per tant, són clau per defensar l'organisme. Les proteïnes són també les responsables de convertir l'energia química en energia mecànica, fet que permet, per exemple, la mobilitat muscular. Finalment, es pot dir que les proteïnes tenen també una funció estructural molt important, ja que són una part essencial de la composició dels tendons, ungs i cabells (Creighton 1993).

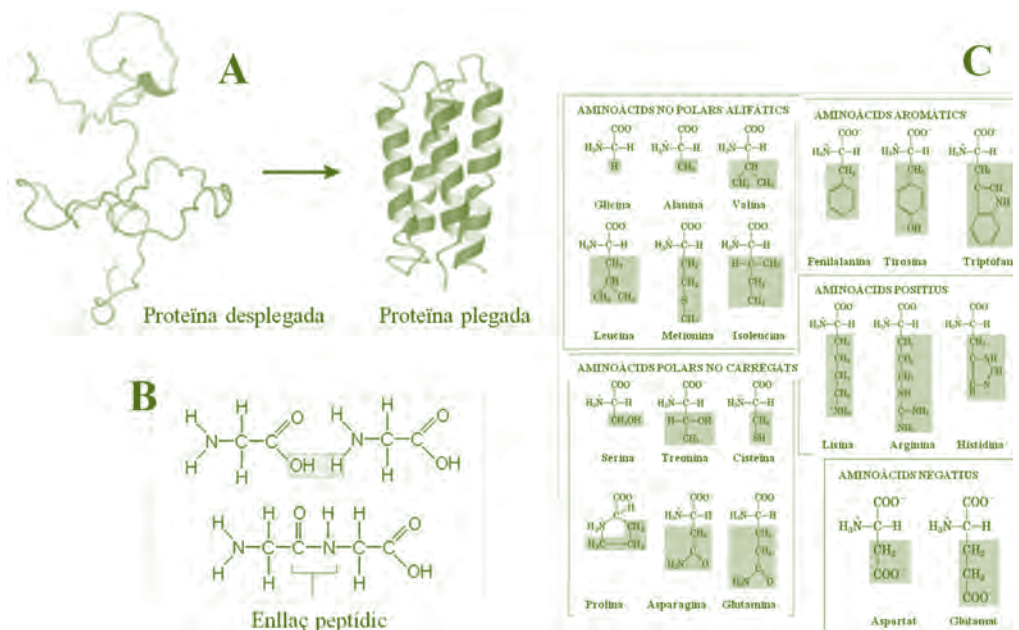
Malgrat tot això, les proteïnes no són funcionals per si mateixes. Necessiten tenir un plegament i una arquitectura tridimensional que els dona una estructura única, i això és necessari i indispensable perquè desenvolupin la seva funció. Aquesta estructura —que és diferent en cada proteïna— és coneguda amb la denominació d'estat natiu i, a més, dona estabilitat a la proteïna (figura 1A). Si aquest plegament s'altera, ja sigui a causa de reaccions químiques, mutacions, etc., la proteïna no solament deixarà de desenvolupar la seva funció, sinó que també presentarà una tendència elevada a l'agregació,<sup>1</sup> fenomen que tindrà conseqüències fatals per a la integritat cel·lular (Chiti & Dobson 2006).

Però, de què estan fetes les proteïnes? Segur que qualche vegada hem sentit a parlar dels aminoàcids i de la importància biològica que tenen. Són tan importants perquè constitueixen els blocs estructurals que formen les proteïnes. Cada aminoàcid connecta amb l'anterior i amb el següent mitjançant un enllaç químic, anomenat enllaç peptídic (figura 1B), i es forma així la cadena polipeptídica o proteïna. Totes les proteïnes naturals estan formades per combinacions de vint aminoàcids (figura 1C), que són de grandària diferent i

<sup>1</sup> Procés mitjançant el qual diverses formes monomèriques d'una mateixa proteïna (agregació homogènia) o de diverses proteïnes (agregació heterogènia) que generalment presenten un plegament defectuós s'uneixen i formen partícules insolubles de pes molecular elevat, com són les fibres, els oligòmers o els agregats amorfs.

tenen propietats químiques diferents. Malgrat això, les característiques d'una proteïna són molt més complexes que la simple suma de les propietats dels aminoàcids que la formen (Creighton 1993). De fet, avui en dia encara és impossible preveure el plegament i les propietats químiques d'una proteïna basant-se únicament en la seqüència d'aminoàcids.

**Figura 1 | Estructura proteica**



*Estructura proteica. A) Estructura d'una proteïna desplegada (esquerra) i estructura de la mateixa proteïna en l'estat natiu. B) Formació de l'enllaç peptídic. C) Estructura química dels vint aminoàcids naturals, els quals es combinen per formar les proteïnes. El requadre assenyalava cada cadena lateral.*

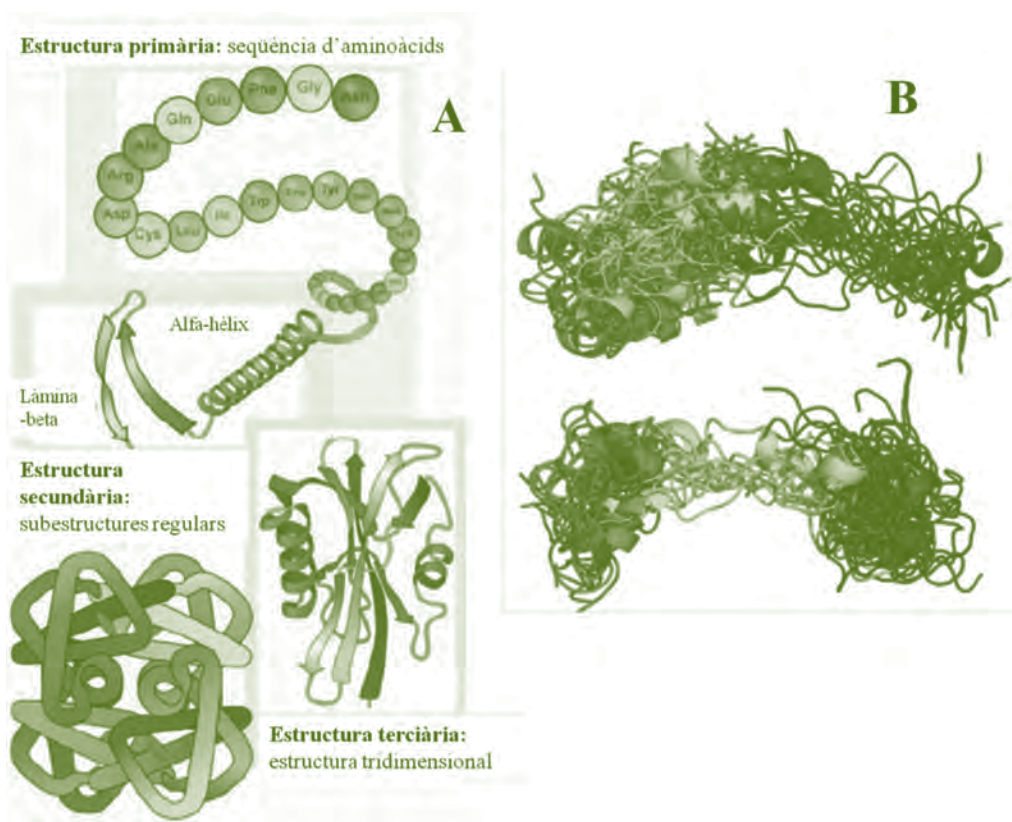
## 1.2. El plegament proteic

El plegament proteic és el procés mitjançant el qual una cadena formada per aminoàcids, que està en condicions fisiològiques, adquireix el seu estat natiu tridimensional característic. Les interaccions locals i de llarga distància entre els aminoàcids són les responsables de l'estabilització d'aquesta conformació (figura 2A). Aquests contactes són els responsables de la formació de les estructures secundàries de les proteïnes: hèlix alfa, full beta o conformació estesa, coneguda també com *random coil* (Carl Branden & Tozze 1991). La combinació espacial d'aquests elements estructurals, estabilitzada per



ponts d'hidrogen, interaccions electrostàtiques o interaccions hidrofòbiques, compacta la proteïna i li dona l'estructura terciària. A més, diferents unitats monomèriques poden unir-se i formar una proteïna constituïda per més d'un monòmer, organització coneguda com estructura quaternària (figura 2A). Malgrat tot això, qualsevol estructura proteica plegada correctament sempre permetrà petites fluctuacions conformacionals necessàries per desenvolupar la seva funció biològica (Herczenik & Gebbink 2008).

**Figura 2** | *Plegament de les proteïnes*



**A)** Diferents nivells de plegament de les proteïnes. L'estructura primària fa referència a la seqüència d'aminoàcids; la secundària, a les interaccions per pont d'hidrogen que fan agafar estructura d'alfa hèlix o làmina; la terciària fa referència a les interaccions que compacten els elements característics de l'estructura secundària, mentre que l'estructura quaternària es refereix a la unió de diferents unitats monomèriques per formar un oligòmer. **B)** Estructura nativa d'una proteïna desordenada en l'estat natiu: SH3.

### 1.3. Proteïnes desplegadas en l'estat natiu

Contràriament al que és assumit de manera general, podem dir que l'estat natiu d'una proteïna no sempre és un estat tridimensional ben definit. Hi ha proteïnes que no tenen estructura terciària, característica que està fortament lligada a la seva funcionalitat (figura 2B). Aquestes proteïnes són conegudes amb el nom de proteïnes desordenades (PD) (Uversky 2011) i es caracteritzen per presentar una gran varietat de conformacions dinàmiques i, conseqüentment, una gran flexibilitat estructural (Fink 2005). Les PD estan presents en tots els sers vius, però especialment en els eucariotes, ja que un 30% de les proteïnes codificades pel genoma eucariota estan desplegadas parcialment o completament (Dunker et al. 2008; Gsponer & Babu 2009). Podem dir que la funció biològica principal de les PD és regular diversos processos biològics i dur a terme activitats de senyalització cel·lular (Dunker et al. 2002; Iakoucheva et al. 2002; Tompa 2002). L'absència d'una estructura definida afavoreix el desenvolupament d'aquestes funcions, ja que dona una gran plasticitat conformacional i en facilita la interacció amb un ampli ventall de proteïnes diana (Wright & Dyson 1999; Tompa 2005). Les PD presenten un nombre elevat de residus polars i pocs residus hidrofòbics en la seqüència primària. Aquesta característica general ha estat emprada per desenvolupar algorismes computacionals capaços de discriminar proteïnes plegades i desplegadas en l'estat natiu basant-se únicament en la seqüència (Fink 2005; Shimizu et al. 2007).

## 2. Desplegament proteic, agregació i malaltia

La dificultat que té una proteïna per mantenir l'estructura nativa amb una conformació funcional esdevé l'origen d'un ampli ventall de malalties, les quals normalment estan associades a l'envelliment i són conegudes com a malalties del mal plegament proteic (*misfolding diseases*) (Chiti & Dobson 2006). La pèrdua de l'estabilitat estructural proteica ha estat lligada a diversos factors, com ara: mutacions genètiques transmises durant el procés de traducció i que, per tant, esdevenen mutacions proteiques responsables del desplegament; canvis químics en les cadenes laterals dels aminoàcids que fan variar-ne la naturalesa; o bé l'acció indiscriminada d'algun enzim que és capaç de tallar proteïnes plegades i generar, per tant, dues o més unitats que tenen una inestabilitat estructural elevada. Així mateix, sabem que les proteïnes es poden desplegar per acció química (Timasheff 1992), per efecte de la calor (Heymann 1936) i recentment hem descobert que també ho fan a baixa temperatura (Adrover et al. 2010a).

Una primera conseqüència del desplegament proteic és que la proteïna en qüestió ja no pot realitzar la seva funció de manera correcta, fet que comporta el desenvolupament d'una malaltia relacionada directament amb la funció de la proteïna. Les conseqüències del desplegament proteic, però, arriben més enfora. En la majoria dels casos, aquestes

proteïnes desplegadas presenten una forta tendència a l'agregació, essencialment mitjançant la interacció entre residus hidrofòbics de diferents monòmers. Aquest fenomen sol concloure amb la formació d'estructures fibril·lars molt ordenades, en les quals cada unitat monomèrica presenta una conformació de full beta (Chiti & Dobson 2006). A la figura 3, veiem un mecanisme general simplificat del procés d'agregació proteica. Inicialment, la proteïna en estat natiu pateix un canvi conformacional a conseqüència d'alguns dels factors que hem enumerat anteriorment (mutacions, modificacions químiques, etc.). Aquest canvi genera una estructura parcialment o totalment desplegada, fet que implica que alguns fragments hidrofòbics passin a estar exposats al medi aquós. L'elevada tendència d'aquests fragments a formar interaccions hidrofòbiques motiva el procés d'agregació entre diferents estructures desplegadas, procés que va acompanyat d'un canvi conformacional i que evoluciona des d'una conformació desplegada a una altra en full beta. Les primeres entitats formades en el procés d'agregació són els oligòmers: unitats esfèriques constituïdes per la unió de fins a cinquanta monòmers de la proteïna en qüestió. Aquests oligòmers evolucionen unint-se l'un amb l'altre, procés que implica la formació d'estructures lineals altament ordenades: les protofibres. Finalment, aquestes protofibres, a mesura que creixen, incorporen altres oligòmers o unitats monomèriques fins que formen les fibres amiloides finals (figura 3). Hi ha més de quaranta malalties associades a l'envelliment humà que deriven de la formació d'aquests agregats fibril·lars, algunes de les quals es mostren a la taula 1.

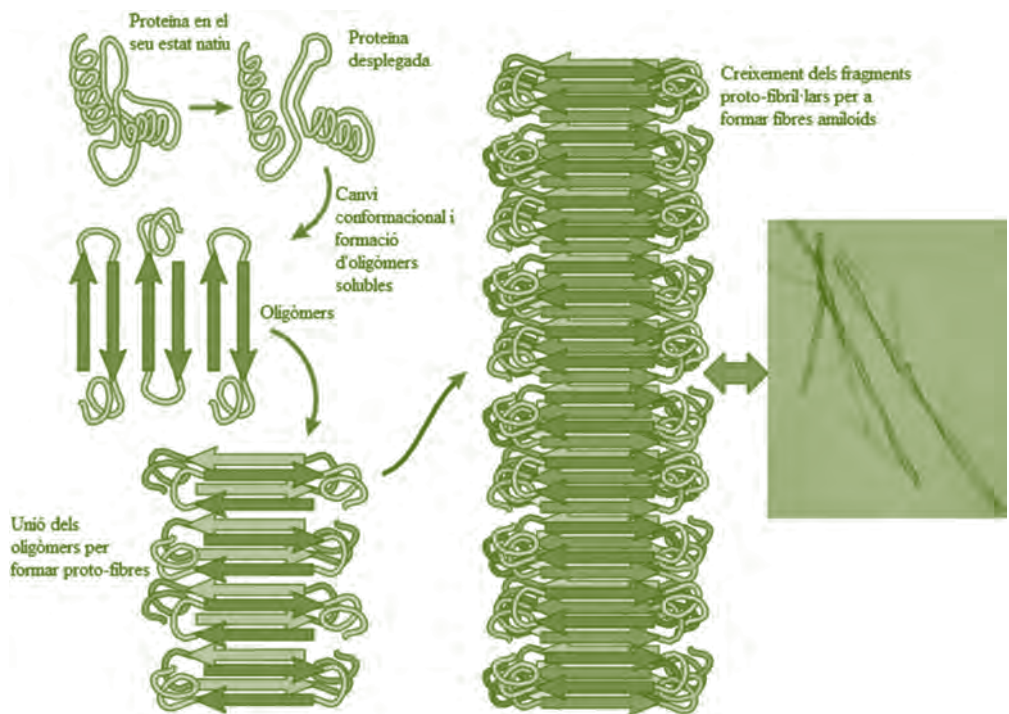
En funció del lloc on podem trobar aquests agregats, podem classificar aquestes malalties com a: malalties amiloidogèniques neurodegeneratives (l'agregació de les proteïnes ocorre en el cervell), malalties amiloidogèniques no neurodegeneratives (l'agregació ocorre en un òrgan o teixit que no és el cervell) i malalties amiloidogèniques sistèmiques no neurodegeneratives (l'agregació té lloc de manera indiscriminada en teixits diversos) (Chiti & Dobson 2006; Selkoe 2003) (taula 1). Un gran nombre d'aquestes malalties tenen un origen desconegut (85%); n'hi ha d'altres que tenen un origen genètic (10%) i també n'hi ha que es poden transmetre (5%) i, per tant, es poden contagiar entre humans o bé entre humans i altres animals.

És per això que s'ha suggerit que la presència de fragments fibril·lars proteics, ja siguin endògens o exògens, incrementa el risc de desenvolupar malalties amiloidogèniques (Lundmark et al. 2005). Per exemple, la injecció a rates sanes de fibres formades per proteïnes prioniques provoca que aquests animals desenvolupin processos neurodegeneratius (Legname et al. 2004).

Malgrat tot el que hem dit, no totes les fibres amiloidogèniques formades dins l'organisme provoquen un desenvolupament patològic. N'hi ha que són necessàries, ja que actuen com a elements estructurals i també funcionals (Kelly & Balch 2003); per exemple, hi ha bacteris que entren fibres amiloidogèniques per facilitar l'adhesió i formació de colònies,

a més de constituir també un mecanisme de defensa contra les infeccions víriques (Barnhart & Chapman 2006). Als mamífers, la proteïna Pmel17 forma fibres, sobre les quals es dipositen els pigments de melanina (Fowler et al. 2006), molècula que esdevé un constituent essencial de la pell, ja que protegeix contra agents patògens tòxics i la radiació UV. Les fibres formades per la fibronectina són essencials per a la unió d'unes cèl·lules amb unes altres, per a la migració i diferenciació cel·lular, i, consegüentment, per al desenvolupament embrionari (Pankov & Yamada 2002). Les fibres amiloidogèniques han estat localitzades també a les closques d'ou. Aquestes fibres, formades bàsicament per la proteïna cori, tenen la funció principal de protegir els ous de factors externs, tant químics com mecànics (Iconomidou et al. 2006). Malgrat això, avui en dia no hi ha una diferenciació estructural clara entre aquests tipus d'agregats moleculars i els responsables del desenvolupament patològic (Jahn & Radford 2008).

**Figura 3** | *Representació esquemàtica senzilla del mecanisme general d'agregació per les proteïnes implicades en el desenvolupament de les patologies neurodegeneratives.*



**Taula 1 | Malalties humanes associades a la formació de dipòsits d'agregats proteics, intracel·lulars o extracel·lulars**

Malaltia	Mètode de transmissió	Característiques clíniques	Regions afectades	Proteïna implicada	Localització cel·lular dels agregats
<b>Malalties neurològiques amiloidegèniques</b>					
<i>Malaltia d'Alzheimer</i>	Esporàdica (95%) Hereditària (5%)	Demència progressiva	Còrtex i hipocamp del cervell	Els peptíds Abeta i la proteïna tau	Extracel·lular i citoplasma
<i>Malaltia de Parkinson</i>	Generalment esporàdica	Disfunció de la capacitat de moviment	Hipotàlam	L'alfa-sinucleïna	Citoplasma
<i>Malaltia de Huntington</i>	Generalment hereditària (autosoma dominant)	Demència i problemes de mobilitat	Còrtex del cervell	Huntingtín	Nucli
<i>Esclerosi</i>	Esporàdica (90%) Hereditària (10%)	Disfunció de la capacitat de moviment	Medulla del cervell	L'enzim superòxid dismutasa	Citoplasma
<i>Encefalopaties espongiformes</i>	Esporàdiques (90%) Hereditàries (8%) Infeccioses (2%)	Demència, insomni, trastorns de la personalitat i problemes motors	Pràcticament la totalitat de les regions del cervell	La proteïna priònica	Extracel·lular
<b>Malalties amiloidegèniques no neurodegeneratives</b>					
<b>Diabetis tipus II</b>	Esporàdica (75%) Hereditària (25%)	Dèficit en la síntesi d'insulina per les cèl·lules beta pancreàtiques	Pàncrees	L'amilina	Extracel·lular
<b>Cataractes</b>	Esporàdiques (80%) Hereditàries (20%)	Pèrdua de visió	Ulls	Les cristal·lines	Humor vitri
<b>Càncer a les glàndules tiroïdes</b>	Esporàdic (95%) Hereditari (5%)	Desenvolupament del càncer	Glàndules tiroïdes	Calcitonina	Citoplasma
<b>Malalties amiloidegèniques sistemàtiques no neurodegeneratives</b>					
<b>Amiloïdosi provocada pel lisozim</b>	Esporàdica (85%) Hereditària (15%)	Pèrdua de funcionalitat d'òrgans diversos	Tot l'organisme	Lisozim	Extracel·lular

### 3. Malalties amiloidogèniques neurodegeneratives

#### 3.1. Malaltia d'Alzheimer

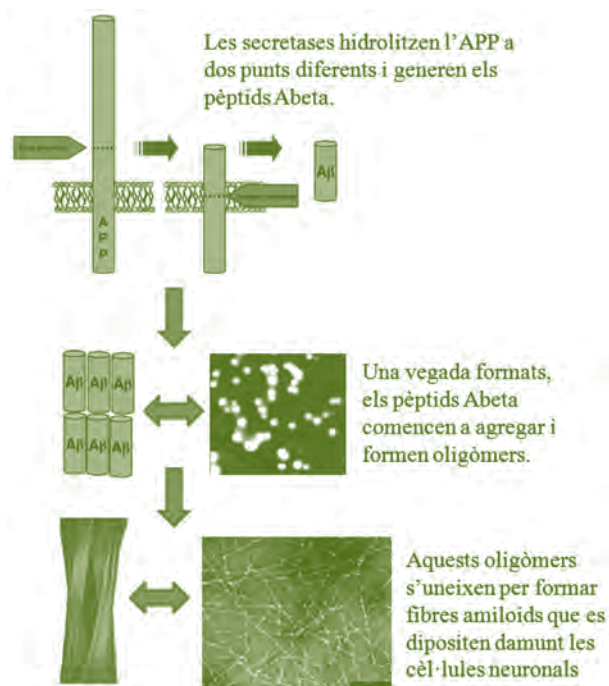
La malaltia d'Alzheimer és una de les malalties neurològiques amiloidogèniques més estudiades, ja que inclou entre el 50% i el 70% dels pacients que pateixen demència (Brouwers et al. 2008). Els pacients que tenen Alzheimer es caracteritzen per una pèrdua progressiva de les funcions cognitives, que evoluciona cap a la dependència total i que acaba amb la mort. El cervell de les persones amb Alzheimer té una pèrdua neuronal severa a conseqüència de dues lesions patològiques: plaques extracel·lulars formades per agregats de proteïna beta-amiloide i filaments intracel·lulars fosforilats formats per la proteïna tau (Braak & Braak 1991). La malaltia d'Alzheimer és multifactorial, però els experts encara pensen que els factors genètics i d'entorn són els que hi tenen més pes (Cruts & Van Broeckhoven 1991). Aquests factors de risc augmenten notablement amb l'envelliment i quan hi ha un fort component hereditari. Tots aquests factors fan que un 5% de la població europea de més de seixanta-cinc anys pateixi Alzheimer, un percentatge que augmenta fins al 22% en les persones de més de noranta-cinc anys (Lobo et al. 2000).

Es sap que el procés que causa l'Alzheimer comença amb la proteòlisi (ruptura) d'una proteïna, l'APP, que està ancorada a les membranes de les cèl·lules neuronals. Aquesta proteòlisi es provocada per l'acció d'un tipus contret d'enzim: les secretases, les quals tenen la màxima eficiència catalítica en condicions fisiològiques (Hass et al. 1992; Shoji et al. 1992). Com a producte de la ruptura de l'APP es genera una mescla heterogènia de pèptids que tenen longituds variables d'entre trenta-nou i quaranta-tres aminoàcids, els quals són coneguts com pèptids Abeta. El producte principal de l'acció de les secretases en els individus sans és el pèptid Abeta-40 (en un 90%), que està format per quaranta aminoàcids, i el pèptid Abeta-42 (en un 10%) (Brouwers et al. 2008), que té una seqüència idèntica a la de l'Abeta-40, però amb dos aminoàcids hidrofòbics més a l'extrem C-terminal, que fan que l'Abeta-42 tingui una tendència elevada a agregar (Temussi et al. 2003) (figura 4).

Amb la finalitat d'explicar les bases moleculars que desencadenen el desenvolupament de la malaltia d'Alzheimer, l'any 1991, John Hardy i Davil Allsop varen proposar la Hipòtesi de la cascada dels amiloids a l'Alzheimer. Aquesta teoria diu que la gran majoria de pèptids Abeta produïts amb la ruptura de l'APP són inestables i tendeixen a agregar-se formant macroestructures proteiques que precipiten. L'acumulació d'aquests precipitats forma plaques que es dipositen damunt les cèl·lules neuronals i interfereixen, inicialment, en la seva funcionalitat i, posteriorment, en causen la mort (Hardy & Allsop 1991). Els agregats formats per pèptids Abeta aïllats de pacients amb Alzheimer tenen forma fibril·lar (figura 4). Malgrat això, estudis recents suggereixen que aquestes fibres no són tan tòxiques com es pensava, sinó que la veritable toxicitat dels agregats Abeta és causada per la formació

d'unes partícules esfèriques solubles (oligòmers) que precedeixen la formació de les fibres (Golde et al. 2006; Kuperstein et al. 2010). Encara així, i amb totes les dades conegudes, els estudiosos no saben quin és el mecanisme exacte mitjançant el qual l'agregació i la deposició neuronal dels pèptids Abeta causen l'Alzheimer.

**Figura 4** | *Mecanisme de formació i agregació dels pèptids Abeta responsables del desenvolupament de la malaltia d'Alzheimer.*



A l'actualitat no hi ha cap tractament disponible que pugui ser aplicat a les persones que pateixen la malaltia d'Alzheimer. L'any 2008 va ser obtinguda una vacuna que era capaç d'eliminar les fibres Abeta de les neurones de pacients amb Alzheimer (Holmes et al. 2008), però no en podia revertir els trastorns mentals. Això és a la base de la hipòtesi que les fibres amiloides no són les responsables del desenvolupament de la patologia. Malgrat tot, es segueix investigant per mirar de trobar-hi cura. Les agències americanes i europees reguladores del medicament han aprovat quatre medicaments per pal·liar els efectes de l'Alzheimer. N'hi ha tres que són inhibidors de l'enzim acetilcolinesterasa, que romp l'acetilcolina, un neurotransmissor. La presència d'acetilcolina en les cèl·lules neuronals és un indicador de l'activitat que tenen i de la seva «salut» (Stahl

2000). Aquests inhibidors són el donepezil (comercialment conegut com a *Aricept*), la galantamina (coneguda com a *Razadyne*) i la rivastigmina (que es comercialitza amb el nom d'*Exelon*) (Birks 2006). Aquests medicaments són clarament eficaços en situacions mitjanes i moderades d'Alzheimer, i, encara així, únicament el donepezil està autoritzat per tractar estats de demència avançats. Els efectes col·laterals de l'administració d'aquests medicaments (es presenten en un 10% dels pacients que en prenen) són vòmits i nàusees, associats a l'excés d'acetilcolina. L'altre medicament és la memantina, un antagonista no competidor del receptor NMDA, que és un receptor del glutamat, un aminoàcid que estimula la neurotransmissió del sistema nerviós central i que, si incrementa molt els seus nivells, causa la mort neuronal. En casos d'Alzhei-

mer, augmenten els nivells neuronals de glutamat, per la qual cosa un tractament que en reguli els nivells esdevindrà una teràpia efectiva (Lipton 2006).

Si tenim en compte tots aquests fets, perquè l'evolució de l'espècie humana ha preservat la proteïna APP i les secretases que generen les proteïnes beta-amiloide? Això és perquè l'APP té una funció biològica important per si mateixa. Ha quedat demostrat que l'APP és clau en el procés de creixement i proliferació neuronal (Caille et al. 2004), però avui en dia encara es desconeix si els pèptids Abeta que generen les secretases tenen cap funció biològica concreta. En aquest context, s'ha vist que els pèptids Abeta-40 i Abeta-42 modifiquen el metabolisme lipídic i alteren la síntesi del colesterol (Grimm et al. 2005).

### 3.2. Malaltia de Parkinson

Com és sabut per tothom la malaltia de Parkinson es caracteritza per la presència de tremolor, rigidesa muscular i lentitud dels moviments articulars. Aquestes disfuncions són provocades per la degeneració de neurones de diverses àrees del cervell (Forno 1996), fet que és una conseqüència de la formació d'un precipitat proteic dins el citoplasma neuronal que manté contacte directe amb nucli cel·lular. Aquests precipitats, coneguts com a cossos de Lewy, estan formats per agregats de la proteïna alfa-sinucleïna.

L'alfa-sinucleïna humana, codificada pel gen SNCA (Xia et al. 2001), es troba principalment en el teixit neuronal i representa un 1% del total de les proteïnes presents en el citosol neuronal (Iwai et al. 1995). De manera majoritària, es troba al nucli de les neurones, fet que suggereix que és allà on desenvolupa la seva funció biològica (Yu et al. 2007), encara que també es troba a les terminacions dels axons neuronals, generalment unida a membranes (Lee et al. 2002). Recentment també ha quedat demostrat que és present en les mitocondries de les cèl·lules neuronals (Liu et al. 2009). El que es sap de sa la seva funció biològica és ben poc. S'ha demostrat que les terminacions neuronals expressen l'alfa-sinucleïna durant el reordenament sinàptic (George et al. 1995) i que aquesta proteïna és capaç de facilitar el plegament de les proteïnes SNARE (proteïnes molt grosses encarregades de transportar vesícules lipídiques) (Bonini & Giasson 2005). Hi ha altres resultats experimentals que indiquen que l'alfa-sinucleïna podria tenir un paper clau en el funcionament de l'aparell de Golgi (Cooper et al. 2006). L'alfa-sinucleïna té una forta afinitat envers la tubulina (Alim et al. 2002), fet que suggereix que podria tenir un paper clau en la formació dels microtubs cel·lulars (Alim et al. 2004). Així mateix, té una afinitat elevada envers la superfície dels fosfolípids i en modifica l'estructura, afavorint la formació petites vesícules (Madine et al. 2006).

L'alfa-sinucleïna està formada per cent-quaranta aminoàcids. Els primers seixanta residus tenen una tendència elevada a adquirir estructura alfa-helicoidal i la seva seqüència és semblant a les seqüències dels punts d'unió de les apolipoproteïnes amb els lípids. Els



residus 61-95 són majoritàriament hidrofòbics, una regió responsable de la formació dels agregats: els cossos de Lewy. La regió formada pels residus 96-140 està constituïda de manera majoritària per aminoàcids àcids i prolines, motiu pel qual no presenta estructura secundària (Clayton & George 1998).

Com s'ha dit, l'alfa-sinucleïna generalment està enllaçada a membranes o vesícules. Les modificacions químiques de l'alfa-sinucleïna o les mutacions al gen SNCA —responsable de la seva expressió— poden provocar mutacions a la seqüència de l'alfa-sinucleïna que facin disminuir-ne l'afinitat envers les membranes i els lípids. Així, hem vist que mutacions com ara l'A53T, l'A30P o l'E46K disminueixen la seva afinitat membranal, cosa que fa incrementar la concentració de la forma lliure en el citoplasma (Saha et al. 2004). Quan l'alfa-sinucleïna es troba lliure en el citoplasma, perd l'estructura secundària i adquireix una conformació totalment desplegada, cosa que estimula, i provoca la seva agregació mitjançant els residus hidrofòbics que presenta a la seqüència. El mecanisme mitjançant el qual agrega l'alfa-sinucleïna no és gens clar. Hi ha evidències experimentals que demostren que, simultàniament a l'agregació, es produeix un canvi conformacional de l'alfa-sinucleïna envers una conformació de full beta. Aquests agregats intermedis evolucionen fins a formar els cossos de Lewy, que són les estructures formades al final del procés d'agregació de l'alfa-sinucleïna (Kim et al. 2007) (figura 5A).

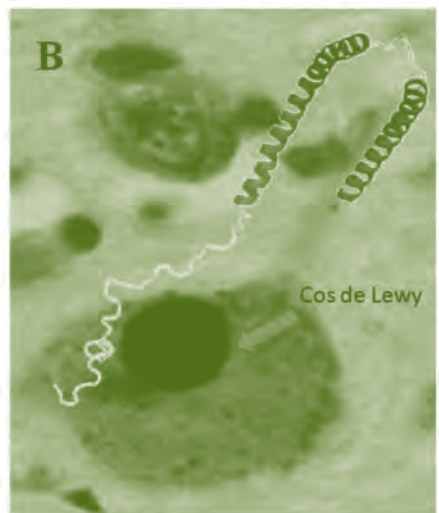
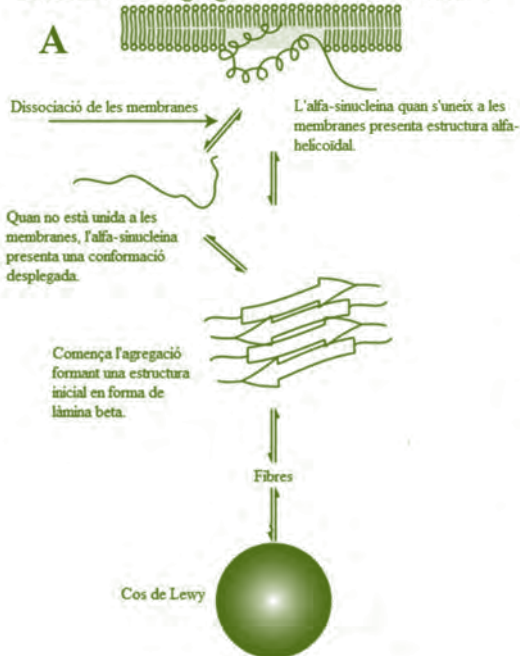
Com passa amb les altres malalties neurodegeneratives, a l'actualitat no hi ha cura per a la malaltia de Parkinson, però alguns medicaments i la cirurgia en poden pal·liar els efectes. Actualment, són administrats tres famílies de compostos per tractar-la: la levodopa, els compostos antagonistes de la dopamina i els inhibidors de la monoamino-oxidasa (enzim que catalitza l'oxidació d'amines, entre les quals hi ha la dopamina), administrats com a antidepressius. L'administració de la levodopa (L-dopa) ha estat el tractament més emprat els darrers trenta anys. La L-dopa és convertida en dopamina en les neurones mitjançant la dopadecarboxilasa. Com que les disfuncions motores característiques del Parkinson són causades per deficiència de dopamina, l'administració de levodopa les disminueix (Cotzias et al. 1969). Ben sovint, la L-dopa és administrada conjuntament amb la tolcapona o l'entacapona, compostos que inhibeixen l'acció dels enzims que degraden la dopamina i, per tant, prolonguen els efectes de la levodopa. Els compostos antagonistes de la dopamina s'uneixen al sistema postsinàptic i hi actuen de manera similar a la dopamina. Alguns d'aquests compostos són la bromocriptina, la pergolida i el pramipexole, entre d'altres. Finalment, els inhibidors de la monoamino-oxidasa (la selegilina i la rasagilina) en bloquegen l'acció metabòlica i, per tant, incrementen els nivells de dopamina. L'administració d'aquests inhibidors millora notablement els símptomes motors parkinsonians, però té més efectes secundaris que la levodopa.

L'envelliment té associat l'estrès oxidatiu, el qual pot contribuir a la modificació química de l'alfa-sinucleïna que està enllaçada a les membranes. És per això que, a mesura que envellim, augmenta la concentració d'alfa-sinucleïna lliure al citoplasma neuronal. Si això es produeix de manera exagerada, ja sigui provocat per factors ambientals o bé genètics, hi haurà una

acumulació considerable de cossos de Lewy formats (figura 5B), fet que durà associat la distròfia neuronal i, conseqüentment, el desenvolupament de la malaltia de Parkinson.

**Figura 5** | *Paper que té l'alfa-sinucleïna en la malaltia de Parkinson.*

### Mecanisme d'agregació de l'alfa-sinucleïna.



**A)** Mecanisme mitjançant el qual l'alfa-sinucleïna agrega per formar els cossos de Lewy. **B)** Imatge d'una cèl·lula neuronal que conté un cos de Lewy. A la imatge, observem l'estructura que presenta l'alfa-sinucleïna quan està enllaçada a les membranes cel·lulars.

### 3.3. La malaltia de Huntington

La malaltia de Huntington va ser descoberta l'any 1872 per George Huntington com a resultat de l'anàlisi dels símptomes que presentaven algunes generacions d'una mateixa família, les quals patien una malaltia neurodegenerativa hereditària (Huntington 1872). Malgrat que hom sabia que existia, no va ser fins l'any 1993 que, a partir del projecte *Genoma humà*, va ser descobert el gen responsable del desenvolupament de la malaltia: el gen 4p16.3 (MacDonald 1993). Per part seva, el grup de científics dirigit per la doctora Anita

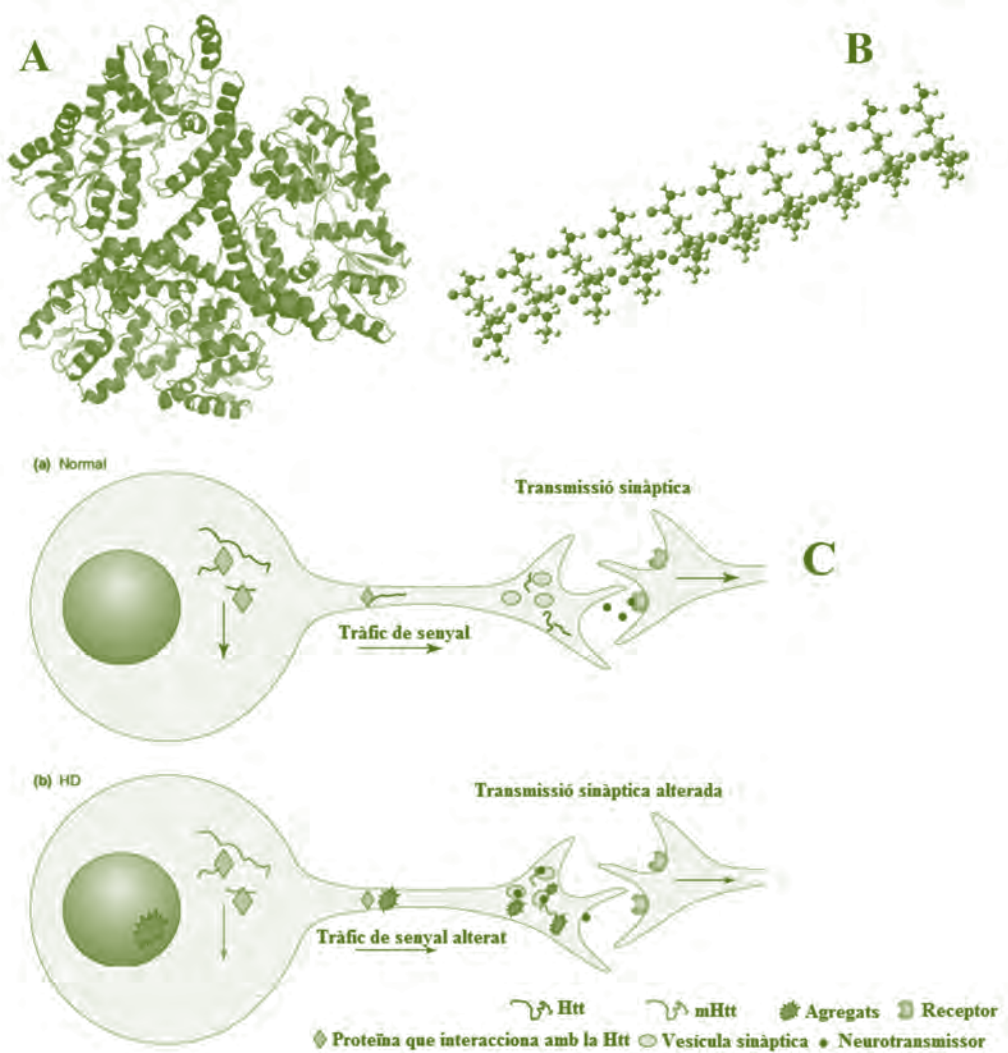
Harding va descobrir que la malaltia era provocada per una variació de la longitud d'aquest gen (La Spada et al. 1992). Gràcies a aquestes troballes, va ser establert que la malaltia de Huntington era una malaltia neurodegenerativa autosoma dominant, caracteritzada per la repetició excessiva del triplet de CAG (...CAGCAGCAG...) al gen 4p16.3 (Walker 2007a), el qual codifica per l'aminoàcid, àcid glutàmic (Q). Com a resultat de la transcripció d'aquest gen expandit, es produeix una proteïna que a la seqüència primària té un llarg segment d'àcids glutàmics consecutius, anomenat regió PolyQ (Katsuno et al. 2008). Així, persones que tenen trenta-sis triplets CAG en el gen 4p16.3 són capaces d'expressar correctament la proteïna Huntingtin (Htt) (Walker 2007a). Si el nombre de triplets és superior a 36, l'expressió d'aquest gen produeix una proteïna que té unes característiques totalment diferents de la Htt, i que s'anomena Htt mutada (mHtt). La mHtt provoca la pèrdua de la funcionalitat de les neurones on s'expressa, la qual cosa altera la funcionalitat de les àrees del cervell que presenten un nombre elevat d'aquestes neurones (Walker 2007a).

La Htt es una proteïna molt grossa; té una massa molecular de 350kDa (figura 6A), encara que pot variar en funció del nombre de triplets repetits que presenti el gen 4p16.3. La seva seqüència conté al voltant de 3144 aminoàcids i no presenta homologia seqüencial amb cap altra proteïna coneguda. No es sap quina funció exacta té, però sí que és clau en el funcionament neuronal i en el desenvolupament embrionari (Nasir et al. 1995). S'expressa en un gran nombre de teixits, encara que a les cèl·lules neuronals és on n'hi ha una concentració més elevada. S'ha vist que és capaç d'interaccionar fortament amb dinou proteïnes més, sis de les quals intervenen en la transcripció genètica, quatre en el transport, tres en la senyalització cel·lular i n'hi ha sis que tenen una funció desconeguda (Harjes & Wanker 2003).

Com ja hem dit, els individus que pateixen la malaltia de Huntington expressen la proteïna mHtt, caracteritzada per presentar a l'extrem N-terminal un fragment relativament llarg de PolyQ. La ruptura d'aquesta proteïna durant la modificació posttranslacional produirà fragments individuals de PolyQ (Rubinsztein & Carmichael 2003) que, a causa de les seves característiques polars, interaccionaran mitjançant la formació de ponts d'hidrogen amb Htt, mHtt i altres proteïnes formant així agregats proteics (Li & Li 2004) (figura 6B). L'acumulació temporal d'aquests agregats forma precipitats intraneuronals (Rubinsztein & Carmichael 2003) que s'acumulen en els axons i dendrites i interfereixen inicialment en la comunicació neuronal, fins que finalment causen la mort de la neurona (figura 6C).

Normalment, els símptomes característics d'aquesta malaltia comencen a fer-se evidents entre els trenta-cinc anys i els quaranta-quatre, encara que poden sorgir també a la infància (Walker 2007b). Els més freqüents i reveladors són moviments aleatoris i incontrolables de les articulacions, manca de coordinació en els moviments voluntaris, rigidesa, insomni i moviments oculars extremadament lents. Així, i ja a més llarg termini, apareixen deficiències en la capacitat de memoritzar, egocentrisme, depressió, dificultats a l'hora de reconèixer la gent, etc. (Montoya et al. 2006).

**Figura 6** | Paper que té la huntingtina en el desenvolupament de la malaltia de Huntington.



**A)** Estructura tridimensional de la huntingtina. **B)** Model de la formació de ponts d'hidrogen entre diferents cadenes de PolyQ, procés que té lloc durant l'agregació de la huntingtina mutada. **C)** Esquema del mecanisme de la transmissió dels senyals neuronals a una neurona sana (esquema superior) i a una neurona que expressa la mHtt (esquema inferior). La mHtt i els seus agregats interaccionen amb la proteïna transportadora del senyal i inhibeixen la comunicació sinàptica.

Actualment, no hi ha cura per a les persones que pateixen la malaltia de Huntington, encara que hi ha tractaments disponibles per disminuir-ne la intensitat dels símptomes (Frank & Jankovic 2010). L'any 2008, l'Agència Mundial del Medicament va aprovar l'ús del primer fàrmac per tractar la malaltia de Huntington: la tetrabenazina (Walker 2007c). Actualment s'investiguen compostos com l'amantadina o la remacedina, que han mostrat resultats positius (Walker 2007d).

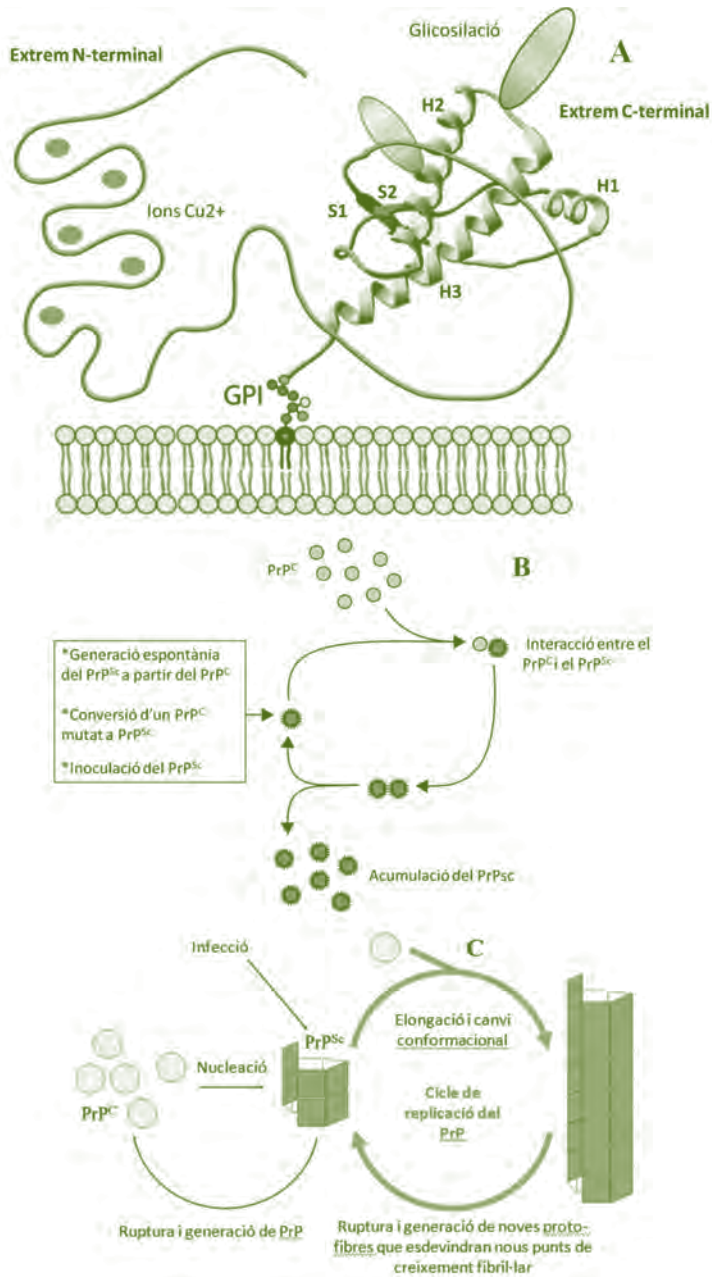
Per ventura aquesta és una de les malalties neurodegeneratives menys conegudes perquè té poca prevalença, únicament entre cinc i deu casos per cada cent mil persones (Driver-Dunckley & Caviness 2007), tot i que aquest percentatge varia molt en funció de la localització geogràfica i l'ètnica. Així, la població de l'oest d'Europa és la que en té més prevalença, encara que també hi ha àrees més localitzades, com una zona de Veneçuela, Tasmània o Suècia, on hi ha una incidència elevada (Walker 2007a).

### **3.4. Malalties causades per les proteïnes priòniques: encefalopaties espongi-formes transmissibles**

Les malalties causades per proteïnes priòniques, conegudes també com a encefalopaties espongi-formes transmissibles (EET), són un grup de malalties novelles i certament estranyes, diferents de les altres malalties neurològiques que s'han comentat. La particularitat d'aquestes malalties és que són infeccioses, és a dir, la transmissió de fluids corporals o de material del teixit cerebral (transplantaments de còrnia, manca d'higiene en la utilització de material clínic o la injecció d'hormones del creixement) de pacients malalts a persones sanes porta associat el desenvolupament de la malaltia. Durant molts d'anys es va pensar que l'agent infecciós era un virus o bé un fragment d'ADN, fins que a l'any 1967, el biòleg Tikvah Alper va proposar que l'agent infecciós de les EET era una proteïna (Alper et al. 1967). Aquesta hipòtesi no va ser àmpliament acceptada per la comunitat científica fins que, l'any 1982, Stanley Prusiner demostrà que l'agent infecciós responsable del desenvolupament de l'EET era únicament una proteïna, que va anomenar prió.

Les proteïnes priòniques (PrP) són acel·lulars i són presents a totes les cèl·lules eucariotes, encara que a les neurones és on es poden trobar amb més abundància. Les proteïnes priòniques estan ancorades a la membrana extracel·lular neuronal mitjançant una molècula de glicosil fosfatidil inositol i poden ser deslligades de les cèl·lules mitjançant un enzim que n'hidrolitza la unió (Hegde et al. 1988) (figura 7A). La funció biològica de la PrP és desconeguda, encara que recentment s'han aportat evidències experimentals que demostren que tenen un paper clau en la reparació i en el manteniment de les estructures de les neurones (Bremer, et al. 2010). S'ha vist també que la PrP actua com a potenciadora de la memòria (Shorter & Lindquist 2005) i que està implicada en la regeneració i replicació de les cèl·lules mare (Zhang et al. 2006).

**Figura 7 | Els prions i la capacitat infectiva que tenen**



*A) Estructura tridimensional del PrP<sup>C</sup> ancorat a la membrana cel·lular. B) Esquema explicatiu del mecanisme d'infecció del PrP: model de l'heterodímer. C) Esquema explicatiu del mecanisme d'infecció del PrP: canvi conformacional i agregació.*

La PrP està formada, en els humans, per 209 aminoàcids i té un pes molecular aproximat de 35 kDa. La seva seqüència primària està molt conservada en els mamífers i en tots presenta dos llocs de glicosilació. Quan està unida a les cèl·lules presenta una conformació anomenada conformació cel·lular (PrP<sup>C</sup>), caracteritzada per un extrem N-terminal (1-121) en conformació desplegada, fragment que té una elevada afinitat cap als ions Cu<sup>2+</sup>, encara que no està clar si això té cap rellevància biològica (Brown et al. 1997). En canvi, l'extrem C-terminal (122-209) està plegat amb una conformació alfa-helicoïdal (figura 7A). L'estructura del PrP<sup>C</sup> d'un gran nombre de mamífers ha estat determinada en dissolució mitjançant la ressonància magnètica nuclear i, com passa amb la seqüència, l'estructura es conserva entre diferents espècies (Lysek et al. 2005). Aquesta estructura es caracteritza perquè presenta tres hèlixs alfa (H1, H2 i H3) i dos fulls beta molt curts (S1 i S2) (figura 7A). El PrP<sup>C</sup>, tan quan està enllaçat a les cèl·lules, com quan s'ha hidrolitzat de les mateixes, no és tòxic ni infecciós. Tot i això, si la seva estructura pateix una desestabilització, el PrP<sup>C</sup> experimenta un canvi conformacional i agafa la conformació de la tremolor ovina (conformació *scrapie*) (PrP<sup>Sc</sup>), la qual es tòxica i infectiva. Actualment, ningú no en coneix l'estructura i únicament és sabut que, a diferència del PrP<sup>C</sup>, el PrP<sup>Sc</sup> presenta majoritàriament una conformació de fulls beta. La dificultat per elucidar-ne l'estructura és deu a que el canvi conformacional esdevé simultàniament a l'agregació: primer forma oligòmers i, finalment, fibres amiloides. Els dipòsits d'aquests agregats i la seva acumulació a la superfície de les cèl·lules neuronals són els fenòmens responsables del desenvolupament de les EET. Com en el cas dels pèptids Abeta en l'Alzheimer, s'ha observat que la veritable toxicitat dels agregats de PrP recau més sobre els oligòmers que sobre les fibres amiloides (Simoneau et al. 2007). Com ja hem dit, una de les característiques més peculiars del PrP i que no trobam en cap altra proteïna implicada en processos neurodegeneratius és la capacitat que té d'infecció. Sabem com es produeixen les infeccions víriques o bacterianes, però, com pot tenir lloc una infecció mitjançant una proteïna? Actualment, són acceptats dos models per explicar les propietats infectives del PrP. El primer model, anomenat model de l'heterodímer, assumeix que una molècula de PrP<sup>Sc</sup> s'uneix a una de PrP<sup>C</sup> catalitzant-ne la conversió a PrP<sup>Sc</sup>; posteriorment, aquestes dues molècules se separen i de la mateixa manera poden seguir convertint altres PrP<sup>C</sup> (Cohen et al. 1994) (figura 7B). El segon model assumeix que el PrP<sup>Sc</sup> únicament existeix en forma agregada i que el PrP<sup>C</sup> pot unir-s'hi en un procés que en provoca el canvi conformacional i el creixement de l'agregat (Bamborough et al. 1996) (figura 7B).

Però, com és que si tots tenim PrP a l'organisme no tots desenvolupam les EET? Això és perquè el canvi conformacional del PrP<sup>C</sup> cap al PrP<sup>Sc</sup> no ocorre fàcilment. Perquè esdevingui cal que l'estructura del PrP<sup>C</sup> es desestabilitzi i això es produeix a causa de modificacions químiques, mecanismes oxidatius o perquè apareixen mutacions adquirides o hereditàries en el gen PRNP, el qual codifica per al PrP. Fins a l'actualitat han estat identificades al voltant de vint-i-cinc mutacions en el PrP humà, cada una de les quals és responsable de que l'organisme desenvolupi un tipus d'EET concret (Shen & Ji 2011). Sabem, per exemple, que la mutació P102L afecta l'estructura i la propagació del PrP<sup>Sc</sup> (Wadsworth et al. 2006) i que la mutació A117V

altera la localització cel·lular del PrP (Schiff et al. 2008). El desenvolupament de la malaltia de Creutzfeldt-Jakob ha estat associada a les mutacions clíniques V183I, E203K, R211H i E214Q, mentre que el desenvolupament de la síndrome de Gerstmann-Straussler-Schinker és causat per les mutacions F201S i D205N (Adrover et al. 2010b). La mutació D178N, conjuntament amb la presència d'una metionina a la posició 129, és la responsable del desenvolupament de la malaltia coneguda com insomni fatal familiar, (*fatal familial insomnia*) (Medori et al. 1992). Per part seva, el *kuru*, una malaltia epidemiològica apareguda a mitjan segle XX a Nova Guinea a conseqüència de la pràctica del canibalisme (Wadsworth et al. 2008), és causada per la mutació G127V. Les EET han estat també detectades en animals. Així, són ben conegudes la tremolor ovina (*scrapie*), que afecta les ovelles i les cabres, l'encefalopatia espongiforme bovina (*mad cow disease*), que poden patir les vaques, etc.

El disseny de teràpies efectives per combatre les EET necessita conèixer no solament el mecanisme exacte d'infecció i d'agregació, sinó que també cal saber quin és el fragment seqüencial/estructural del PrP responsable d'aquests processos. Aquesta tasca ha tingut moltes dificultats perquè hom desconeix l'estructura exacta del PrP<sup>sc</sup>. Durant molts anys s'ha assumit que la transformació del PrP<sup>c</sup> cap al PrP<sup>sc</sup> es produïa per un canvi de conformació de la H1, la S1, la S2 i dels fragments que els uneixen, i que aquests fragments adoptaven una estructura de full beta, mentre que les hèlixs alfa H2 i H3 mantenien l'estructura pròpia (Govaerts et al. 2004). A partir de l'any 2007, es va replantejar aquesta hipòtesi, ja que al cap i a la fi, havia estat proposada emprant models computacionals. Quedà demostrat que el cor de les fibres amiloides formades per PrP estava constituït únicament pels fragments H2 i H3, mentre que la resta del PrP estava exposada al solvent (Lu et al. 2007). Per corroborar aquesta hipòtesi, vàrem recombinar el fragment del PrP constituït únicament per les hèlixs alfa H2 i H3. Vàrem observar que aquest fragment, una vegada aïllat de la resta de l'estructura del PrP, manté el plegament i posseeix una capacitat de formar fibres amiloides pràcticament idèntiques a les que posseeix el PrP de seqüència sencera (Adrover et al. 2010b). Posteriorment, s'ha pogut observar també que el fragment H2-H3 és capaç de formar oligòmers de la mateixa manera que també ho fa el PrP de seqüència sencera (Chakroun et al. 2010). Aquests darrers resultats han fet que les estratègies terapèutiques se centrin a cercar compostos de petita grandària molecular que puguin interaccionar amb les regions del PrP implicades en el seu canvi conformacional. En aquesta línia, hem observat que hi ha molècules policatiòniques que interaccionen específicament amb l'hèlix alfa H3 i n'inhibeixen el canvi conformacional (Xu et al. 2011). Malgrat aquests avanços preliminars, actualment no hi ha cap tractament disponible per tractar les EET.

### 3.5. Esclerosi lateral

L'esclerosi lateral amiotròfica (ELA, en anglès *ALS*) és una malaltia neurodegenerativa progressiva que, com la majoria de les que tractam en aquest article, conclou amb la mort dels pacients, generalment dins els tres primers anys després que sigui diagnosticada. La



incidència mundial és de dos casos per cada cent mil persones i sol aparèixer al voltant dels cinquanta-cinc anys, essent el doble de freqüent en homes que en dones (Pasinelli & Brown 2006). Aquestes dades fan que l'ELA sigui la malaltia neuromuscular més comuna, ja que tota la població, independentment de la raça i ètnia, en pot ser afectada. L'ELA és generalment una patologia esporàdica, encara que hi ha casos on el component hereditari té molt de pes. Les neurones motores de l'espina i les de la medulla espinal es degeneren, la qual cosa provoca dificultats en la comunicació, en el moviment dels braços, degeneració lumbar, etc., mentre que les capacitats intel·lectuals i de raonament no resulten alterades (Cleveland & Rothstein 2001).

Un 20% dels processos neurodegeneratius característics de l'ELA sorgeixen a conseqüència de mutacions al gen que codifica per un enzim: la superòxid-dismutasa (SOD1). Aquestes mutacions no alteren l'activitat enzimàtica de la SOD1, sinó que n'indueix l'agregació i, consegüentment, el dipòsit en el citoplasma de les cèl·lules neuronals motores (Lowe 1994). Actualment, han estat identificades 114 mutacions clíniques sobre la SOD1, les quals estan relacionades directament amb el desenvolupament de la patologia. Entre aquestes destaquen la H46R i la A4V, totes dues causants del desenvolupament d'una ELA molt severa. Encara que aquestes mutacions no alterin la capacitat enzimàtica de la SOD1, s'ha vist que en presència de SOD1 mutada hi ha un increment de l'estrès oxidatiu citoplasmàtic, per tant, la SOD1 mutada induïx a la toxicitat neuronal mitjançant un mecanisme que, de moment, és desconegut (Bruijn et al. 1998). Actualment, no es saben els factors responsables del desenvolupament de l'ELA en pacients que no presenten cap mutació a la SOD1 (80%).

La SOD1 és un enzim intracel·lular que actua com a barrera protectora de la cèl·lula enfront de l'estrès oxidatiu, per tant, la seva activitat enzimàtica es focalitza en la neutralització de radicals lliures, principalment l'anió superòxid ( $O_2^-$ ). La SOD1 està formada per 153 aminoàcids i la seva acció catalítica està directament relacionada amb la formació d'un homodímer. Cada monòmer de SOD1 s'uneix a un àtom de Cu i de Zn i, posteriorment, a través d'un procés cíclic de reducció-oxidació, és capaç de transformar l'anió superòxid en peròxid d'hidrogen.

Els agregats citoplasmàtics de la SOD1 mutada són bastant freqüents en pacients amb ELA, en especial en els que la SOD1 presenta la mutació G93A. Aquests agregats apareixen en els teixits de manera simultània als primers símptomes relacionats amb la degeneració de les neurones implicades en el moviment motor (Furukawa et al. 2006). S'ha hipotetitzat que els agregats de SOD1 interfereixen de manera important en les funcions cel·lulars, deterioren les mitocondries, interfereixen en els processos de catàlisi del plegament d'altres proteïnes sintetitzades per la cèl·lula, etc. (Boillée et al. 2006).

Actualment, l'Agència Mundial del Medicament només ha aprovat administrar un fàrmac per tractar l'ELA: el riluzole, amb el nom comercial de *Rilutek*. Aquest compost disminueix

el dany causat a les cèl·lules neuronals motores i disminueix l'alliberació del glutamat mitjançant l'activació de les molècules transportadores d'aquest aminoàcid, a més de tenir també altres efectes neuroprotectors (Hubert et al. 1994). Aquest fàrmac no reverteix el dany neuronal que ja hagi provocat l'ELA, sinó que tan sols en disminueix la progressió. Per mor de l'elevada prevalença de l'ELA, actualment la comunitat científica inverteix molts d'esforços en la recerca de fàrmacs vàlids per tractar-la. El dexpramipésol (KNS-760704) és un compost de petites dimensions moleculars, soluble en aigua i que té una elevada biodisponibilitat quan és ingerit oralment (Bozik et al. 2011). Ha estat comprovat que millora notablement la funcionalitat de les mitocondries i protegeix les cèl·lules neuronals en condicions d'estrès oxidatiu (Gribkoff & Bozik 2008). La segona fase clínica va demostrar que la seva administració disminueix la progressió de l'ELA (Robinson 2010). Actualment, es duu a terme la tercera fase clínica. Un altre compost que és estudiat és l'olesoxime (TRO19622) i que està en la tercera fase clínica. Aquesta molècula té una estructura similar a la del colesterol i presenta una forta activitat neuroprotectora, ja que és capaç de mantenir cèl·lules neuronals motores vives en condicions d'estrès oxidatiu, essencialment gràcies a que interacciona amb els porus permeables que presenten les mitocondries neuronals (Bordet et al. 2007). De manera paral·lela a la teràpia farmacològica, també s'està emprant una altra teràpia per tractar l'ELA que es basa en utilitzar ARN d'interferència, el qual és capaç de blocar específicament els gens responsables del desenvolupament de l'ELA. Actualment, s'està avaluant l'eficàcia d'aquesta teràpia per blocar l'expressió del gen responsable de produir la SOD1 mutada (Xia et al. 2006).

#### 4. Malalties amiloidogèniques no neurodegeneratives

Les dades que hem presentat fins ara ens han servit per relacionar el desenvolupament de les malalties neurodegeneratives més comunes amb el desplegament i agregació d'una proteïna en concret. Lògicament, aquests dos processos esdevenen majoritàriament en les cèl·lules neuronals. Què passa, però, si la proteïna que es desplega (generalment, per efecte d'una mutació o alteració química) no és al cervell, sinó que pertany a un altre òrgan o teixit? Evidentment, també desenvoluparà una patologia que, en aquest cas, no serà neuronal, sinó relacionada amb l'òrgan o el teixit afectat. Encara que les malalties derivades d'aquests processos no siguin neurodegeneratives, en presentarem algunes de les més conegudes.

##### 4.1. L'amilina en la diabetis de tipus 2

Les persones que pateixen diabetis de tipus 2 generalment presenten agregats proteics sobre les cèl·lules beta pancreàtiques, que són les responsables de produir insulina. Aquests agregats provoquen la mort de les cèl·lules beta pancreàtiques, fet que promou el desenvolupament de la diabetis de tipus 2 (Lorenzo et al. 1994). Aquests agregats estan

formats essencialment per una sola proteïna: l'amilina. Aquesta proteïna està formada per trenta-set aminoàcids, els quals són segregats en les cèl·lules beta pancreàtiques al mateix temps que la insulina (amb una ràtio 1:100, amilina:insulina). Té la funció de regular els nivells de glucosa en el plasma (Pittner et al. 1994) i, per tant, actua de manera sinèrgica amb la insulina. L'amilina presenta un pont disulfur a l'estructura, el qual és essencial per desenvolupar la seva funció biològica (Roberts et al. 1990).

Com ja hem dit, l'amilina pot formar fibres en l'organisme viu (*in vivo*), essent les estructures prefibril·lars molt més tòxiques que les fibres formades al final de l'agregació (Roberts et al. 1990). La seqüència primària de l'amilina que forma els dipòsits de fibres amiloides és idèntica a la produïda pels individus sans i que no agrega. És per això que les mutacions genètiques no tenen un paper clau en l'agregació de l'amilina. S'ha vist, però, que l'amilina agregada extreta d'individus diabètics presenta modificacions químiques a la seva estructura. L'alteració més comuna és la glicació de les lisines i arginines (reacció de les respectives cadenes laterals amb compostos carbonílics i radicals lliures). És per això que hom creu que aquesta modificació química incrementa notablement la toxicitat de l'amilina i dels seus agregats (Kapurniotu et al. 1998).

## 4.2. Cataractes

Una malaltia ben freqüent en les persones d'edat avançada són les cataractes. Aquesta patologia és una malaltia ocular que consisteix en l'opacitat de la lent o de la càpsula del cristal·lí de l'ull, la qual cosa impedeix que els raigs de llum la travessin correctament. Aquesta patologia té una incidència elevada: un 40% de la població mundial que pateix ceguera té cataractes. Un 42% de la gent d'edat compresa entre els cinquanta-dos i els seixanta-quatre anys la pateix; en l'interval d'edat dels seixanta-cinc als setanta-quatre anys, la incidència és del 60% i, entre els setanta-cinc i els vuitanta-cinc, del 91% (Sperduto & Seigel 1980).

Les causes principals del desenvolupament de les cataractes són diverses. L'exposició excessiva a la llum ultraviolada, la diabetis, hipertensió i l'edat avançada són factors que en promouen el desenvolupament. En qualsevol cas, les cataractes són causades per la desnaturalització d'unes proteïnes que són presents a l'ull: les cristal·lines. Les cristal·lines són un grup de proteïnes hidrosolubles que representen el 90% de les proteïnes de les lents (Hoehenwarter et al. 2006). N'hi ha de tres tipus: la cristal·lina alfa, la cristal·lina beta i la cristal·lina gamma, però totes tres tenen un objectiu en comú: incrementar l'índex de refracció de les lents oculars i conservar la transparència. Si es produeix una alteració en el plegament d'aquestes cristal·lines —procés que s'esdevé generalment degut a una modificació química i que s'accelera en els casos que hem esmentat més amunt—, deixen de desenvolupar la seva funció. Aleshores, comencen a agregar i precipitar, la qual cosa fa aparèixer la terbolesa a les lents dels pacients amb cataractes. Per tant, diríem que les

cataractes apareixen a conseqüència del desplegament, agregació i precipitació de les cristal·lines.

### 4.3. Càncer a la glàndula tiroide

L'any 1962 va ser descoberta la calcitonina, un polipèptid lineal de trenta-dos aminoàcids que és produït essencialment a les cèl·lules de les glàndules tiroides (Copp & Cheney 1962). Té la funció de ser antagonista de l'hormona paratiroide, és a dir, redueix el calci del torrent sanguini. Sabem que, en unes condicions determinades, la calcitonina té molta tendència a l'agregació i forma fibres amiloidogèniques (Arvinte et al. 1993). Les fibres de calcitonina han estat aïllades de cèl·lules canceroses de la glàndula tiroide, encara que actualment no es sap si la seva agregació ha estat el fenomen inductor del carcinoma o bé si la fibril·lització s'ha produït a conseqüència del desenvolupament del càncer.

## 5. Malalties amiloidogèniques sistemàtiques no neurodegeneratives

Les malalties amiloidogèniques n'inclouen un altre tipus, les sistemàtiques, és a dir, les que no es localitzen a cap lloc en concret, sinó que afecten alhora tot l'organisme en general. Es desenvolupen a partir de la mutació o alteració estructural d'alguna proteïna que s'expressa de manera homogènia a tot l'organisme o bé que s'hi pot trobar. Aquestes patologies han estat poc estudiades, perquè és molt difícil identificar-ne els símptomes, ja que, en funció del pacient, sol variar l'òrgan o el teixit que n'és més afectat. Aquestes malalties inclouen anomalies en l'estructura i en el plegament del lisozim, de la cadena alfa del fibrinogen i de les apolipoproteïnes A-I i A-II. L'any 1993 va ser la primera vegada que els científics varen relacionar el lisozim amb el desenvolupament de malalties amiloidogèniques i fins ara únicament han estat publicats nou articles en què es descriu aquesta patologia. S'ha observat que les mutacions F57I, I56T, W74R i D67H alteren el plegament del lisozim i n'afavoreixen l'agregació i la formació de fibres. Aquestes mutacions i els agregats fibril·lars formats pel lisozim varen ser trobats espargits per tot l'organisme a cada una de les quatre famílies identificades que pateixen amiloïdosi derivada del lisozim, cada una de les quals tenia una simptomatologia pròpia (Granel et al. 2006).

## Referències bibliogràfiques

Adrover, M., Espósito, V., Martorell, G., Pastore, A., Temussi, P. A. (2010a). Understanding cold denaturation: the case study of Yfh1. *Journal of the American Chemical Society* 132, pàg. 16240-16246.

Adrover, M. et al. (2010b). Prion fibrillization is mediated by a native structural element that comprises helices H2 and H3. *The Journal of Biological Chemistry* 285, pàg. 21004-21012.

Alim, M. A. et al. (2002). Tubulin seeds alpha-synuclein fibril formation. *Journal of Biological Chemistry* 277, pàg. 2112-2117.

Alim, M. A. et al. (2004). Demonstration of a role for alpha-synuclein as a functional microtubule-associated protein. *Journal of Alzheimer's Disease* 6, pàg. 435-442.

Alper, T., Cramp, W. A., Haig, D. A., Clarke, M. C. (1967). Does the agent of scrapie replicate without nucleic acid? *Nature* 214, pàg. 764-766.

Arvinte, T., Cudd, A., Drake, A. F. (1993). The structure and mechanism of formation of human calcitonin fibrils. *The Journal of Biological Chemistry* 268, pàg. 6415-6422.

Bamborough, P., et al. (1996). Prion protein structure and scrapie replication: theoretical, spectroscopic, and genetic investigations. *Cold Spring Harbor Symposium on Quantitative Biology* 61, pàg. 495-509.

Barnhart, M. M., Chapman, M. R. (2006). Curli biogenesis and function. *Annual Review of Microbiology* 60, pàg. 131-147.

Birks, J. (2006a). Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005593.

Birks, J., Harvey, R. (2006b). Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001190.

Boillée, S., Vande Velde, C., Cleveland, D. (2006). ALS: a disease of motor neurons and their nonneuronal neighbors. *Neuron* 52, pàg. 39-59.

Bonini, N. M., Giasson, B. I. (2005). Snaring the function of alpha-synuclein. *Cell* 123, pàg. 359-361.

- Bordet, T. et al. (2007). Identification and characterization of cholest-4-en-3-one, oxime (TRO19622), a novel drug candidate for amyotrophic lateral sclerosis. *The Journal of pharmacology and experimental therapeutics* 322, pàg. 709-720.
- Bozik, M. E., Mather, J. L., Kramer, W. G., Gribkoff, V. K., Ingersoll, E. W. (2011). Safety, Tolerability, and Pharmacokinetics of KNS-760704 (Dexpramipexole) in Healthy Adult Subjects. *Journal of Clinical Pharmacology* 51, pàg. 1177-1185.
- Braak, H., Braak, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta of Neuropathologica* 82, pàg. 239-259.
- Bremer, J. et al. (2010). Axonal prion protein is required for peripheral myelin maintenance. *Nature Neuroscience* 13, pàg. 310-318.
- Brouwers, N., Slegers, K., Van Broeckhoven, C. (2008). Molecular genetics of Alzheimer's disease: an update. *Annals of Medicine* 40, pàg. 562-583.
- Brown, D. R. et al. (1997). The cellular prion protein binds copper in vivo. *Nature* 390, pàg. 684-687.
- Bruijn, L. et al. (1998). Aggregation and motor neuron toxicity of an ALS-linked SOD1 mutant independent from wild-type SOD1. *Science* 281, pàg. 1851-1854.
- Caille, I. et al. (2004). Soluble form of amyloid precursor protein regulates proliferation of progenitors in the adult subventricular zone. *Development* 131, pàg. 2173-2181.
- Carl Branden, J. T., Tozse, J. (1991). *Introduction to Protein Structure*. New York: Garland Publishing.
- Chakroun, N. et al. (2010). The oligomerization properties of prion protein are restricted to the H2H3 domain. *The FASEB Journal* 24, pàg. 3222-3231.
- Chiti, F., Dobson, C. M. (2006). Protein misfolding, functional amyloid, and human disease. *Annual Review Biochemistry* 75, pàg. 333-366.
- Clayton, D. F., George, J. M. (1998). The synucleins: a family of proteins involved in synaptic function, plasticity, neurodegeneration and disease. *Trends in Neuroscience* 21, pàg. 249-254.
- Cleveland, D. W., Rothstein, J. D. (2001). From Charcot to Lou Gehrig: deciphering selective motor neuron death in ALS. *Nature Reviews Neuroscience* 2, pàg. 806-819.

- Cohen, F. E. et al. (1994). Structural clues to prion replication. *Science* 265, pàg. 530-531.
- Cooper, A. A. et al. (2006). Alpha-synuclein blocks ER-golgi traffic and Rab1 rescues neuron loss in Parkinson's models. *Science* 313, pàg. 324-328.
- Copp, D. H., Cheney, B. (1962). Calcitonin-a hormone from the parathyroid which lowers the calcium-level of the blood. *Nature* 193, pàg. 381-382.
- Cotzias, G. C., Papavasiliou, P. S., Gellene, R. (1969). L-dopa in parkinson's syndrome. *The New England Journal of Medicine* 281, pàg. 272-273.
- Creighton, T. E. (1993). *Proteins: structures and molecular properties*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Cruts M., Van Broeckhoven C. (1998). Molecular genetics of Alzheimer's disease. *Annals of Medicine* 30, pàg. 560-565.
- Driver-Dunckley, E., Caviness, J. N. (2007). *Huntington's disease*. New York: Elsevier.
- Dunker, A. K., Brown, C. J., Lawson, J. D., Iakoucheva, L. M., Obradovic, Z. (2002). Intrinsic disorder and protein function. *Biochemistry* 41, pàg. 6573-6582.
- Dunker, A. K., et al. (2008). The unfoldomics decade: an update on intrinsically disordered proteins. *BMC Genomics* 9, suppl. 2: S1.
- Fink, A. L. (2005). Natively unfolded proteins. *Current Opinion in Structural Biology* 15, pàg. 35-41.
- Forno, L. W. (1996). Neuropathology of Parkinson's disease. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology* 55, pàg. 259-272.
- Fowler, D. M., Koulov, A. V., Alory-Jost C., Marks, M. S., Balch, W. E., Kelly, J. W (2006). Functional amyloid formation within mammalian tissue. *Plos Biology* 4, e6.
- Frank, S., Jankovic, J. (2010). Advances in the pharmacological management of Huntington's disease. *Drugs* 70, pàg. 561-571.
- Furukawa, Y., Fu, R., Deng, H., Siddique, T., O'Halloran, T. (2006). Disulfide cross-linked protein represents a significant fraction of ALS-associated Cu, Zn-superoxide dismutase aggregates in spinal cords of model mice. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 103, pàg. 7148-7153.

George, J. M., Jin, H., Woods, W. S., Clayton, D. F. (1995). Characterization of a novel protein regulated during the critical period for song learning in the zebra finch. *Neuron* 15, pàg. 361-372.

Golde, T. E., Dickson, D., Hutton, M. (2006). Filling the gaps in the abeta cascade hypothesis of Alzheimer's disease. *Current Alzheimer Research* 3, pàg. 421-430.

Govaerts, C., Wille, H., Prusiner, S. B., Cohen, F. E. (2004). Evidence for assembly of prions with left-handed beta-helices into trimers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 101, pàg. 8342-8347.

Gribkoff, V. K., Bozik, M. E. (2008). KNS-760704 [(6R)-4,5,6,7-tetrahydro-N6-propyl-2,6-benzothiazole-diamine dihydrochloride monohydrate] for the treatment of amyotrophic lateral sclerosis. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 14, pàg. 215-226.

Grimm, M. et al. (2006). Regulation of cholesterol and sphingomyelin metabolism by amyloid-beta and presenilin. *Nature Cell Biology* 7, pàg. 1118-1123.

Gsponer, J., Babu, M. M. (2009). The rules of disorder or why disorder rules. *Progress in Biophysics and Molecular Biology* 99, pàg. 94-103.

Haas, C. et al. (1992). Amyloid beta-peptide is produced by cultured cells during normal metabolism. *Nature* 359, pàg. 322-325.

Hardy, J., Allsop, D. (1991). Amyloid deposition as the central event in the aetiology of Alzheimer's disease. *Trends in Pharmacological Sciences* 12, pàg. 383-388.

Harjes, P., Wanker, E. E. (2003). The hunt for huntingtin function: interaction partners tell many different stories. *Trends in Biochemical Sciences* 28, pàg. 425-433.

Hegde, R. S. et al. (1998). A transmembrane form of the prion protein in neurodegenerative disease. *Science* 279, pàg. 827-834.

Herczenik, E., Gebbink, M. F. (2008). Molecular and cellular aspects of protein misfolding and disease. *The FASEB Journal* 22, pàg. 2115-2133.

Heymann, E. (1936). Dilatometric investigations on the heat-denaturation of proteins. *Biochemical Journal* 30, pàg. 127-131.

Hoehenwarter, J., Klose, J., Jungblut, P. R. (2006). Eye lens proteomics. *Amino Acids* 30, pàg. 369-389.



Holmes, C. et al. (2008). Long-term effects of Abeta42 immunisation in Alzheimer's disease: follow-up of a randomised, placebo-controlled phase I trial. *Lancet* 372, pàg. 216-223.

Hubert, J. P., Delumeau, J. C., Glowinski, J., Prémont, J., Doble, A. (1994). Antagonism by riluzole of entry of calcium evoked by NMDA and veratridine in rate cultured granule cells: evidence for a dual mechanism of action. *British Journal of Pharmacology* 113, pàg. 261-267.

Huntington, G. (1872). On chorea. *Medical and Surgical Reporter of Philadelphia* 26, pàg. 317-321.

Iakoucheva, L. M., Brown, C. J., Lawson, J. D., Obradovic, Z., Dunker, A. K. (2002). Intrinsic disorder in cell-signaling and cancer-associated proteins. *Journal of Molecular Biology* 323, pàg. 573-584.

Iconomidou, V. A., Chryssikos, G. D., Gionis, V., Galanis, A. S., Cordopatis, P., Hoenger, A., Hamodrakas, S. J. (2006). Amyloid fibril formation propensity is inherent into the hexapeptide tandemly repeating sequence of the central domain of silkworm chorion proteins of the A-family. *Journal of Structural Biology* 156, pàg. 480-488.

Iwai A. et al. (1995). The precursor protein of non-A beta component of Alzheimer's disease amyloid is a presynaptic protein of the central nervous system. *Neuron* 14, pàg. 467-475.

Jahn, T. R., Radford, S. E. (2008). Folding versus aggregation: polypeptide conformations on competing pathways. *Archives of Biochem and Biophysics* 469, pàg. 100-117.

Kapurniotu, A. et al. (1998). Contribution of advanced glycosylation to the amyloidogenicity of islet amyloid polypeptide. *European Journal of Biochemistry* 251, pàg. 208-216.

Katsuno, M. et al. (2008) Molecular genetics and biomarkers of polyglutamine diseases. *Current Molecular Medicine* 8, pàg. 221-234.

Kuperstein, I. et al. (2010). Neurotoxicity of Alzheimer's disease Abeta peptides is induced by small changes in the Abeta-42 to Abeta-40 ratio. *The Embo Journal* 29, pàg. 3408-3420.

Kelly, L. M., Balch, W. E. (2003). Amyloid as a natural product. *Journal of Cell Biology* 161, pàg. 461-462.

Kim, H. Y., Heise, H., Fernandez, C. O., Baldus, M., Zweckstetter, M. (2007). Correlation of amyloid fibril beta-structure with the unfolded state of alpha-synuclein. *ChemBioChem* 8, pàg. 1671-1674.

La Spada, A. R. et al. (1992). Meiotic stability and genotype-phenotype correlation of the trinucleotide repeat in X-linked spinal and bulbar muscular atrophy. *Nature Genetics* 2, pàg. 301-304.

Lee, H. J., Choi, C., Lee, S. J. (2002). Membrane-bound alpha-synuclein has a high aggregation propensity and the ability to seed the aggregation of the cytosolic form. *Journal of Biological Chemistry* 277, pàg. 671-678.

Legname, G. et al. (2004). Synthetic mammalian prions. *Science* 305, pàg. 673.

Li, S.-H., Li, X.-J. (2004). Huntingtin-protein interactions and the pathogenesis of Huntington's disease. *Trends in Genetics* 20, pàg. 146-154.

Lipton, S. A. (2006). Paradigm shift in neuroprotection by NMDa receptor blockade: memantine and beyond. *Nature Reviews. Drug Discovery* 5, pàg. 160-170.

Liu, G. et al. (2009) Alpha-Synuclein is differentially expressed in mitochondria from different rat brain regions and dose-dependently down-regulates complex I activity. *Neuroscience Letters* 454, pàg. 187-192.

Lobo, A. et al. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group. *Neurology* 54, S4-9.

Lorenzo, A., Razzaboni, B., Weir, G. C., Yanker, B. A. (1994). Pancreatic islet cell toxicity of amylin associated with type-2 diabetes mellitus. *Nature* 368, pàg. 756-760.

Lowe, J. (1994). New pathological findings in ALS. *Journal of the Neurological Sciences* 124, pàg. 38-51.

Lu, X., Wintrode, P. L., Surewicz, W. K. (2007). Beta-Sheet core of human prion protein amyloid fibrils as determined by hydrogen/deuterium exchange. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 104, pàg. 1510-1515.

Lundmark, K., Westermark, G. T., Olsen, A., Westermark, P. (2005). Protein fibrils in nature can enhance amyloid protein A amyloidosis in mice: Cross-seeding as a disease mechanism. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 102, pàg. 6098.

Lysek, D. A. et al. (2005). Prion protein NMR structures of cat, dogs, pigs and sheep. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 102, pàg. 640-645.

Madine, J., Doig, A. J., Middleton, D. A. (2006). A study of the regional effects of alpha-synuclein on the organization and stability of phospholipid bilayers. *Biochemistry* 45, pàg. 5783-5792.

McDonald, M. (1993). A novel gene containing a trinucleotide repeat that is expanded and unstable on Huntington's disease chromosomes. The Huntington's Disease Collaborative Research Group. *Cell* 72, pàg. 971-983.

Medori, R. et al. (1992). Fatal familial insomnia, a prion disease with a mutation at codon 178 of the prion gene. *The New England Journal of Medicine* 326, pàg. 444-449.

Montoya, A., Price, B. H., Menear, M., Lepage, M. (2006). Brain imaging and cognitive dysfunctions in Huntington's disease. *Journal of Psychiatry Neuroscience* 31, pàg. 21-19.

Nasir, J. et al. (1995). Targeted disruption of the Huntington's disease gene results in embryonic lethality and behavioral and morphological changes in heterozygotes. *Cell* 81, pàg. 811-823.

Pankov, R., Yamada, K. M. (2002). Fibronectin at a glance. *Journal of Cell Science* 115, pàg. 3861-3863.

Pasinelli, P., Brown, R. H. (2006). Molecular biology of amyotrophic lateral sclerosis: insights from genetics. *Nature Reviews Neuroscience* 7, pàg. 710-723.

Pitner, R. A. et al. (1994). Molecular physiology of amylin. *Journal of Cellular Biochemistry* 55, pàg. 19-28.

Roberts, A. N. et al. (1990). Molecular and functional characterization of amylin, a peptide associated with type 2 diabetes mellitus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 86, pàg. 9662-9666.

Robinson, R. (2010). New ALS drug shows dose-dependent efficacy in phase 2 trial. *Neurology Today* 10, pàg. 1.

Rubinsztein, D. C., Carmichael, J. (2003). Huntington's disease: Molecular basis of neurodegeneration. *Expert Reviews in Molecular Medicine* 5, pàg. 1-21.

Saha, A. R. et al. (2004). Parkinson's disease alpha-synuclein mutations exhibit defective axonal transport in cultured neurons. *Journal of Cell Science* 116, pàg. 1017-1024.

Selkoe, D. J. (2003). Folding proteins in fatal ways. *Nature* 426, pàg. 900.

Schiff, E. et al. (2008). Coexpression of wild-type and mutant prion proteins alters their cellular localization and partitioning into detergent-resistant membranes. *Traffic* 9, pàg. 1101-1115.

Shen, L., Ji, H.-F. (2011). Mutation directional selection sheds light on prion pathogenesis. *Biochemical and Biophysical Research Communication* 410, pàg. 159-163.

Shimizu, K., Muraoka, Y., Hirose, S., Tomii, K., Noguchi, T. (2007). Predicting mostly disordered proteins by using structure-unknown protein data. *BMC Bioinformatics* 8, pàg. 78.

Shoji, M. et al. (1992). Production of the Alzheimer amyloid beta protein by normal proteolytic processing. *Science* 258, pàg. 126-129.

Shorter, J., Lindquist, S. (2005). Prions as adaptive conduits of memory and inheritance. *Nature Reviews Genetics* 6, pàg. 435-450.

Simoneau, S. et al. (2007). In vitro and in vivo neurotoxicity of prion protein oligomers. *Plos Pathogens* 3, e125.

Sperduto, R. D., Seigel, D. (1980). Senile lens and senile macular changes in a population-based sample. *American Journal of Ophthalmology* 90, pàg. 86-91.

Stahl, S. M. (2000). The new cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease, Part 2: illustrating their mechanisms of action. *Journal of Clinical Psychiatry* 61, pàg. 813-814.

Temussi, P. A., Masino, L., Pastore A. (2003). From Alzheimer to Huntington: why is a structural understanding so difficult? *Embo Journal* 22, pàg. 355-361.

Timasheff, S. N. (1992). Water as ligand: preferential binding and exclusion of denaturants in protein unfolding. *Biochemistry* 31, pàg. 9858-9864.

Tompa, P. (2002). Intrinsically unstructured proteins. *Trends in Biochemical Sciences* 27, pàg. 527-533.

Tompa, P. (2005). The interplay between structure and function in intrinsically unstructured proteins. *FEBS Letters* 579, pàg. 3346-3354.

Uversky, V. N. (2011). Intrinsically disordered proteins from A to Z. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology* 43, pàg. 1090-1103.

Wadsworth, J. D. F. et al. (2006). Phenotypic heterogeneity in inherited prion disease (P201L) is associated with differential propagation of protease-resistant wild-type and mutant prion protein. *Brain* 129, pàg. 1557-1569.

Wadsworth, J. D. F. et al. (2008). Kuru prions and sporadic Creutzfeldt-Jakob disease prions have equivalent transmission properties in transgenic and wild-type mice. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 105, pàg. 3885-3890.

Walker, F. O. (2007a). Huntington's disease. *Lancet* 369, pàg. 221.

— (2007b). Huntington's disease. *Lancet* 369, pàg. 218.

— (2007c). Huntington's disease. *Lancet* 369, pàg. 224.

— (2007d). Huntington's disease. *Lancet* 369, pàg. 225.

Wright, P. E., Dyson, H. J. (1999). Intrinsically unstructured proteins: re-assessing the protein structure-function paradigm. *Journal of Molecular Biology* 293, pàg. 321-331.

Xia, Y. et al. (2001). Characterization of the human alpha-synuclein gene: Genomic structure, transcription start site, promoter region and polymorphisms. *Journal of Alzheimer Disease* 3, pàg. 485-494.

Xia, X., Zhou, H., Huang, Y., Xu, Z. (2006). Allele-specific RNAi selectively silences mutant SOD1 and achieves significant therapeutic benefit in vivo. *Neurobiology of Disease* 23, pàg. 578-586.

Xu, Z. et al. (2011). Mechanistic insights into cellular alteration of prion by poly-D-lysine: the role of H2H3 domain. *The FASEB Journal*, 25, pàg. 3426-3435.

Yu, S. et al. (2007). Extensive nuclear localization of alpha-synuclein in normal rat brain neurons revealed by a novel monoclonal antibody. *Neuroscience* 145, pàg. 539-555.

Zhang, C. C., Steele, A. D., Lindquist, S., Lodish, H. F. (2006). Prion protein is expressed on long-term repopulating hematopoietic stem cells and is important for their self-renewal. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 103, pàg. 2184-2189.

## Autor

### MIQUEL ADROVER ESTELRICH

Calonge (Santanyi), 1980. Doctor en Ciències Químiques (2008) i professor del Departament de Química de la UIB. Membre del Grup de Reactivitat Molecular i Disseny de Fàrmacs. La seva tesi doctoral versa sobre el mecanisme d'acció de la vitamina B<sub>6</sub> com a inhibidora dels processos patològics associats a la diabetis. Posteriorment, va fer una estada postdoctoral al Medical Research Council (MRC) del Regne Unit (2009-2010). La seva recerca actual se centra en l'estudi de la importància que tenen les proteïnes en les malalties neurodegeneratives.



# METACOGNICIÓ I ENVELLIMENT

---



## Metacognició i envelliment

María Isabel Cuart Sintés

Josep Antoni Pérez Castelló

---

## Resum

L'objectiu principal d'aquest document és explicar què és la metacognició i quin paper té en l'envelliment. Per aquest motiu es descriuen el constructe «metacognició» i els seus components. S'explica com evoluciona la metacognició durant el procés d'envelliment i s'incideix sobre els mecanismes interns i externs que en prevenen o en retarden el possible deteriorament. Dintre aquests mecanismes es fa especial menció dels programes d'estimulació cognitiva que treballen elements metacognitius, i se n'analitza l'estructura, la incidència sobre aspectes metacognitius i l'eficàcia.

## Resumen

El objetivo principal de este documento es explicar qué es la metacognición y qué papel tiene en el envejecimiento. Por este motivo se describen el constructo «metacognición» y sus componentes. Se explica cómo evoluciona la metacognición durante el proceso de envejecimiento y se incide sobre los mecanismos internos y externos que previenen o retardan su posible deterioro. Entre estos mecanismos se hace especial mención a los programas de estimulación cognitiva que trabajan elementos metacognitivos, analizando su estructura, su incidencia sobre aspectos metacognitivos y su eficacia.

---

## 1. Què és la metacognició i per què és important en l'envelliment

### 1.1. Concepte de metacognició

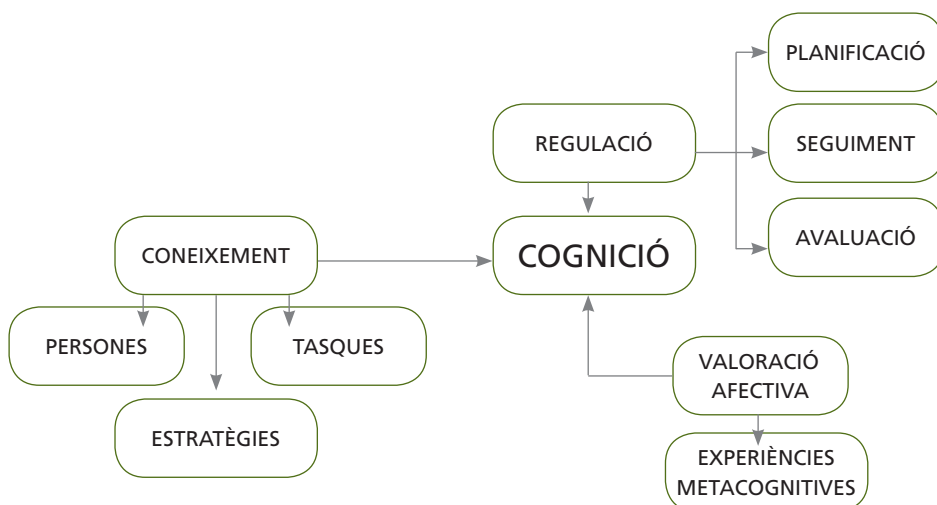
La metacognició és el procés propi dels éssers humans d'adquirir consciència d'un mateix, de regular la pròpia activitat cognitiva i de reflexionar sobre aquesta i les pròpies produccions (Pozo, 1996). Consisteix, doncs, en el coneixement, la regulació i l'avaluació del propi coneixement.

El coneixement sobre la nostra cognició inclou (Flavell, 1987) el coneixement que tenen les persones sobre el seu pensament i el dels altres, el coneixement dels diferents tipus de tasques que exigeixen diferents tipus de demandes cognitives i el coneixement de les estratègies per realitzar amb èxit les tasques cognitives.

La regulació del propi coneixement consisteix en el monitoratge dels mecanismes emprats per realitzar amb èxit una tasca cognitiva: primerament planificant-la, anticipant-se a les dificultats i preparant tàctiques per enfrontar-s'hi, després controlant el desenvolupament de la tasca mitjançant revisions, rectificacions i constatacions sobre la marxa; i, finalment, avaluant l'eficàcia de les estratègies emprades quan s'ha acabat la tasca.

A aquest coneixement i gestió de la nostra pròpia cognició caldria afegir-hi les experiències afectives que té la persona en relació amb les tasques cognitives que va realitzant, és a dir, les experiències metacognitives. Pensaments del tipus «Ara m'he bloquejat, sé que ho sé, però cada vegada que ho intent recordar em pos més nerviós i em costa més...», pertanyerien a aquesta categoria.

**Gràfic 1** | *Metacognició*



## 1.2. Importància de la metacognició

La metacognició, com s'ha vist, és la capacitat que ens caracteritza com a éssers humans pensants, éssers humans autònoms. La reflexió conscient i l'autonomia són importants al llarg de tot el cicle vital. A la darrera etapa de la vida, aquestes capacitats són de gran importància per mantenir l'autoestima i per prevenir o retardar situacions de dependència.

A Espanya, els canvis demogràfics i socials estan produint un increment del creixement de la població de més de 65 anys, que quasi s'ha duplicat els darrers quaranta anys en termes relatius (ha passat de ser un 9,7% de la població total el 1970 a un 16,9% el 2010) i quasi triplicat en termes absoluts, perquè ha passat de 3.290.800 a 7.931.164 persones (INE, 2011). A Europa l'esperança de vida ha augmentat vuit anys des de l'any 1960 i s'espera que augmentarà cinc anys més els propers cinquanta anys. Les darreres projeccions d'Eurostat (Eur-Lex, 2011) estimen que l'any 2060 a la Unió Europea tan sols hi haurà dues persones en edat de treballar per cada persona més gran de 65 anys. Aquest grup de població és més susceptible de patir situacions de dependència.

Segons el Llibre Blanc de la dependència (IMSERSO, 2005), el Consell d'Europa defineix la dependència com la necessitat d'ajuda o assistència important per a les activitats de la vida quotidiana, o més concretament, com un estat en el qual es troben les persones que per raons lligades a la manca o pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'assistència i/o ajudes importants per fer les accions habituals de la seva vida diària i, particularment, les referents a la cura personal.

Hi ha una sèrie de factors que poden influir en l'aparició de la dependència: físics, psicològics, econòmics, socials i contextuals. Dins aquests darrers, el nivell d'estimulació hi té un paper important. Entre les estratègies per a la prevenció de la dependència, destaquen:

- La promoció d'hàbits de vida saludables.
- La millora de l'eficàcia dels sistemes d'atenció de la salut.
- L'establiment d'un tractament precoç de les malalties cròniques.

Dintre els hàbits de vida saludables, cal destacar el manteniment de les funcions cognitives i metacognitives. A mesura que les persones es van fent més grans, es poden apreciar canvis en el seu funcionament cognitiu i metacognitiu. Aquests canvis no succeeixen igual ni en totes les persones (també hi intervenen factors educatius, laborals, socials, afectius...) ni en totes les àrees. Davant aquesta situació, cal promoure les activitats destinades a la gent gran que activin aquestes capacitats, perquè millorin també la seva consciència reflexiva i el seu sentiment d'autoeficàcia i poder així prevenir o retardar el deteriorament cognitiu, i preservar la seva autonomia com més temps millor, per evitar o retardar situacions de dependència, les quals impliquen un elevat cost emocional, social i econòmic. Com s'explicarà més endavant, les funcions executives formen part de la metacognició, i s'ha suggerit (Goldberg, 2001) que si aquestes es mantenen en l'envelliment, la gent gran pot mantenir-se independent i productiva, fins i tot patint altres pèrdues cognitives.

## 2. La metacognició a l'etapa de la vellesa

A l'etapa de l'envelliment es produeixen un conjunt de canvis associats a un menor rendiment de les funcions fisiològiques: aquest canvis sovint van acompanyats també de dèficits conductuals, cognitius i emocionals.

Dins els canvis cognitius també hi figuren els metacognitius; de fet, la metacognició també es veu afectada en l'envelliment. Els estudis sobre els canvis en la metacognició en la gent gran s'han centrat a la metamemòria i a les funcions executives.

La **metamemòria** és el coneixement de la memòria, o més concretament, com la defineix Dixon (2003, 45), «el coneixement sobre el funcionament de la memòria, la consciència dels

processos mnèsics que estam duent a terme, les creences sobre les habilitats mnèsiques i fins i tot les emocions relacionades amb els records».

Com es dedueix de la definició anterior, el terme metamemòria abraça diversos aspectes (Hertzog, Dixon i Hultsch, 1990):

- Coneixement factual de les tasques i els processos de la memòria: coneixement de la manera com funciona la memòria i la viabilitat de les estratègies emprades per utilitzar-la.
- Monitoratge de la memòria: consciència de l'ús que es fa de la pròpia memòria.
- Sentiment d'autoeficàcia de la memòria.
- Afecte relacionat amb la memòria: ventall d'estats emocionals que poden ser causats o influïts per situacions que demanen processos memorístics (com depressió, ansietat i/o fatiga).

Des dels anys setanta han estat molts els investigadors que han dedicat els seus estudis al funcionament de la metamemòria, però l'interès per estudiar aquest constructe amb adults grans és més recent, en part per l'estereotip del deteriorament de la memòria en aquest subgrup de persones. Les actuals línies d'investigació en aquest àmbit estudien les diferències de rendiment entre adults grans i joves en tasques de memòria, i en les variables que influeixen en aquestes diferències (salut, educació...).

Diversos d'aquests estudis (Montejo *et al.*, 2001) mostren que entre les persones grans existeix la tendència a percebre's com menys eficaces en tasques cognitives respecte a població més jove o respecte a ells mateixos quan tenien menys edat. Consideren que la seva memòria ha disminuït considerablement. Es produeix un augment de la consciència que duu a una preocupació i a l'augment de queixes de memòria, que no sempre van associades a una disminució del rendiment.

Els estudis sobre la correlació entre les queixes subjectives de memòria i el rendiment real en tasques que impliquen activació de la memòria mostren resultats contradictoris, com constaten Ochoa, Aragón i Caicedo (2005). Segons aquests investigadors, les queixes subjectives de memòria s'incrementen en aquesta etapa de la vida per la por que presenta molta gent gran a l'aparició de la demència.

Hi ha diverses possibles explicacions al fenomen de la baixa correlació que mostren alguns estudis entre l'avaluació objectiva i la subjectiva de la memòria. La primera rau en les dificultats de mesura de les proves per a la metamemòria i la memòria. Sembla que hi pot haver més correlació quan les tasques estan relacionades amb activitats quotidianes per a la gent

gran, com el record d'històries. Per altra banda, hi ha variables personals com l'edat, l'estat d'ànim, l'estat de salut o l'estrès emocional que poden distorsionar les queixes de memòria.

Turvey *et al.* (2002) varen estudiar les creences sobre la pròpia memòria de persones amb símptomes depressius, i varen trobar que, encara que els subjectes que mostraven símptomes depressius presentaven també creences negatives sobre la seva pròpia memòria, els resultats en tasques que implicassin l'ús d'aquesta podrien ser adequats, fet pel qual varen veure que l'estat depressiu distorsionava les cognicions sobre la pròpia memòria, però no el seu desenvolupament.

Els subjectes amb depressió mostren deteriorament en la memòria a curt termini. Una explicació d'aquest fenomen podria ser que les creences personals sobre el funcionament de la pròpia memòria poden condicionar l'ús de determinades estratègies per millorar-la, ja que si una persona no es veu capaç de realitzar una tasca determinada, tampoc no farà l'esforç per trobar estratègies que l'ajudin a trobar-hi una solució.

Com s'ha indicat abans, la metacognició també està estretament relacionada amb les **funcions executives**, especialment amb la planificació, autoregulació i avaluació. Les funcions executives són les habilitats cognitives que permeten controlar i monitoritzar les activitats mentals complexes necessàries per organitzar, autoregular i avaluar el comportament necessari per aconseguir fites. La seva funció principal és l'adaptació del subjecte a les situacions complexes i noves. Organitzar implica atenció, presa de decisions, planificació, seqüenciació i resolució de problemes. Autoregular implica saber iniciar accions i tenir autocontrol. A part de les funcions d'organització i autoregulació, també són funcions executives la fluïdesa lingüística, la memòria de treball, la mentalització (capacitat de pensar el que l'altre està pensant) i la conducta social (ús flexible de pautes de conducta en funció de la situació social) (Flores i Ostrosky, 2008).

Les funcions executives són els factors organitzadors i ordenadors subjacents a tota la resta d'activitats cognitives (Fernández-Duque, Baird i Posner, 2000). En aquest sentit, Goldberg (2001) utilitza la metàfora «del director d'orquestra». Segons aquesta metàfora, els lòbuls frontals com a substrat anatòmic principal de les funcions executives no serien sinó els encarregats de rebre informació de la resta d'estructures cerebrals per coordinar-les entre si per realitzar conductes proposicionals o dirigides a un fi. Les àrees prefrontals són les més evolucionades i complexes de l'ésser humà, són les que tenen un desenvolupament filo i ontogenètic més recent i són les que diferencien més l'ésser humà d'altres éssers vius (Alfonso, Papazian i Luzondo, 2006).

El lòbul prefrontal està connectat també amb el sistema límbic i les àrees subcorticals (Ardila i Ostrosky, 2008), fet pel qual el seu paper no és exclusiu de les funcions pròpiament executives, sinó també de la integració entre la cognició i les emocions.

Segons Rosselli, Jurado i Matute (2008, 31), «l'observació d'una vulnerabilitat especial del lòbul prefrontal als efectes de l'edat, juntament amb l'observació del deteriorament específic de certs processos cognitius, va dur al desenvolupament de la teoria de "l'envelliment del lòbul frontal", la qual proposa que els processos cognitius mediatos en què intervé el lòbul frontal són els primers a patir deteriorament amb l'edat avançada».

El lòbul frontal en l'etapa de l'envelliment experimenta canvis anatòmics, entre els quals destaca la reducció del nombre de neurones i la disminució del seu funcionament. Aquests canvis succeeixen primer al lòbul frontal que a altres regions, com els lòbuls occipital, parietal i temporal. Els autors esmentats han revisat estudis longitudinals fets a persones grans on es pot apreciar que hi ha primer una reducció en el flux sanguini cerebral de les regions prefrontals abans que d'altres àrees del còrtex cerebral.

Segons Bentosela i Mustaca (2005), en el procés d'envelliment les funcions executives poden alterar-se, de manera que es manifesti un dèficit en les capacitats d'atendre, discriminar i analitzar les informacions complexes. Les funcions executives que es veuen afectades en l'envelliment són les que depenen dels lòbuls frontals, com la resolució de problemes, els mecanismes de supervisió i control de la inhibició d'estímuls irrellevants, la flexibilitat cognitiva, la seqüenciació i planificació d'objectius, la fluència verbal i el raonament abstracte.

Binotti *et al.* (2009) han revisat resultats de proves neuropsicològiques per avaluar l'estat de les funcions executives en la gent gran i han vist indicis de disfunció reflectits en una alteració de l'atenció, excessiva rigidesa mental, alentiment del processament de la informació i dificultats per prendre decisions.

Uns tipus de conductes que poden estar associats al deteriorament de les funcions executives són els següents (La Caixa, 2010, 131):

- Comportament social inapropiat.
- Incapacitat per aprendre de les conseqüències d'actes passats o dificultat per pensar en les conseqüències dels propis actes, encara que es conservi un adequat nivell d'intel·ligència.
- Dificultat en la formació de conceptes abstractes (és a dir, incapacitat per fer el salt del món simbòlic al real; per exemple, comprensió de refranys, frases fetes, etc.).
- Dificultat per planificar la iniciació, per iniciar activitats.
- Dificultats per contenir-se o inhibir-se de fer determinades accions o comentaris que poden resultar grollers, ofensius, o, fins i tot, anar en contra de les normes o lleis.

- Incapacitat per canviar d'esquemes mentals (s'entén per esquema una forma d'actuar, de procedir, de pensar, etc. mantinguda cert temps; un canvi d'esquema suposa decidir fer una cosa distinta, canviar de forma de procedir, de dinàmica de pensament, etc.). Estancar-se en rutines.
- Dificultat per planificar noves accions quan hi ha un canvi imprevist. Per exemple, trobar-se que han tallat un carrer per obres a un camí habitual i no saber què fer, no trobar-hi una solució o alternativa.
- Necessitat de freqüent supervisió per part d'altres persones per controlar l'adequació de les accions.
- Freqüents i oscil·lants canvis d'humor, d'estat d'ànim. Temperament molt variable.
- Pot mostrar-se manca de remordiment envers persones i/o animals a qui s'ha tractat incorrectament.
- Pot mostrar-se apatia envers moltes activitats.
- Manca de consciència que la pròpia conducta és un problema.

Com s'ha indicat al principi d'aquest document, aquestes manifestacions causades pel deteriorament de les funcions executives tenen com a principal conseqüència la pèrdua de l'autonomia de la persona gran i la consegüent dependència. Per això cal demanar-se si d'alguna manera aquest deteriorament es pot prevenir o retardar.

### 3. Es pot millorar la metacognició en l'envelliment? Com?

#### 3.1. Optimització de la metacognició: plasticitat cerebral i plasticitat cognitiva

Com hem vist abans, quan les persones envelleixen, determinades funcions cognitives i metacognitives poden experimentar diferents graus de deteriorament. Per prevenir o compensar aquest fenomen, les persones grans disposen d'un conjunt de mecanismes fisiològics i ambientals, que els poden protegir un poc davant aquesta situació.

En l'envelliment es produeix una situació d'atròfia i mort neuronal, fet que ocasiona que hi hagi funcions cognitives que es vegin afectades quan la persona es fa gran. Però al mateix temps que es produeix aquesta situació de deteriorament, es posa en funcionament tot un conjunt de sistemes que tracten de compensar les pèrdues patides, de manera que es produeix un retard en l'aparició de dèficits funcionals importants.



Aquests sistemes de compensació funcionen introduint modificacions a tres nivells: morfològic, elèctric i químic.

El cervell humà té la capacitat de canviar d'estructura i funció en resposta a factors interns o externs. La finalitat d'aquestes modificacions és mantenir el sistema dins els límits més adequats de funcionament i adaptar-lo a la nova situació per tal que pugui seguir sent operatiu i funcional a nivells acceptables (Calero i Navarro, 2006).

Els mecanismes fisiològics que expliquen com el cervell humà pot tolerar o compensar una determinada quantitat de lesions abans de manifestar simptomatologia clínica són: des d'un model més passiu, la reserva cerebral (Fratiglioni i Hui-Xin, 2007) i, des d'un model més actiu, la compensació cerebral.

La **reserva cerebral** es defineix com la quantitat de lesions que pot suportar el cervell abans que s'evidencien les manifestacions clíniques de deteriorament cognitiu (Satz, 1993). Hi ha diferències individuals de capacitat de reserva cerebral. Una capacitat de reserva cerebral més gran actuaria com a factor protector.

La **compensació cerebral** és el conjunt de respostes del cervell davant una determinada lesió, com, per exemple, l'activació d'àrees cerebrals alternatives per a la realització d'una tasca determinada (Stern, 2002). Molt relacionada amb aquest mecanisme de compensació esmentat hi ha la denominada neuroplasticitat. Vance i Wright (2009) defineixen la **neuroplasticitat** com la capacitat d'adaptació del cervell en resposta a estímuls ambientals. Aquests investigadors han revisat estudis que mostren com els ratolins vells exposats a estímuls ambientals enriquits presenten canvis morfològics al nivell neurològic que es corresponen a més rendiment cognitiu (com més ramificació dendrítica, més espessor del còrtex cerebral i l'increment del factor de creixement neurotròpic).

També s'han realitzat investigacions sobre neuroplasticitat en humans. Valenzuela *et al.* (2003) varen fer un estudi en el qual varen mesurar els canvis bioquímics mitjançant una espectroscòpia per ressonància magnètica, en adults grans sense deteriorament, abans i després d'haver fet un entrenament cognitiu. Després de l'entrenament, varen detectar un increment dels senyals de creatina i colina a l'hipocamp, fet que es creu que té un paper neuroprotector.

La **compensació neuronal**, relacionada amb el fenomen anterior, consisteix en la utilització, per part de subjectes amb patologia cerebral, d'estructures o xarxes cerebrals no emprades habitualment, per compensar aquesta patologia. En aquest sentit s'han fet estudis, com el de Cabeza (2002), o Fera *et al.* (2005), que mostren que les persones grans, quan han de fer tasques cognitives, mostren més activació bilateral del cervell, en comparació de les persones més joves.

**La neurogènesi:** un altre element que sembla que pot ajudar el cervell a compensar o retardar la manifestació clínica de símptomes de deteriorament cognitiu és la neurogènesi. Hi ha investigacions recents que mostren que, contràriament al que es pensava anys enrere, poden formar-se noves neurones en algunes àrees rellevants per al funcionament cognitiu, com l'hipocamp. Aquest procés de generació de noves neurones s'anomena neurogènesi. La neurogènesi, en els adults, és un procés que comença amb la divisió de les cèl·lules precursoras i que condueix a la integració estructural i funcional de les noves neurones a les xarxes neuronals ja preexistents (Klempin i Kempermann, 2007).

Per comprovar aquest fet s'han fet estudis amb ratolins vells (Brown *et al.* (2003); Van Pragg *et al.* (2005)) en els quals els exposaven a estímuls ambientals enriquits i els feien fer més activitat física, i es va comprovar que es produïa una proliferació de neurones a l'àrea de l'hipocamp i que, a més, aquestes tenien una morfologia similar a la dels ratolins més joves. Hem de tenir en compte que l'hipocamp és una de les estructures cerebrals més importants implicades en l'aprenentatge i la memòria. En la gent gran sovint aquesta àrea presenta un grau d'atròfia. Per tant, aquest descobriment dona llum a noves formes de compensar situacions de pèrdues funcionals associades al procés d'envelliment.

**Taula 1** | *Mecanismes fisiològics que protegeixen del deteriorament cognitiu*

Models passius	Reserva cerebral	Quantitat de lesions que pot suportar el cervell sense manifestacions clíniques
Models actius	Compensació Cerebral (canvis del cervell davant una determinada lesió)	Neuroplasticitat: canvis morfològics i químics
		Compensació neuronal: utilització de xarxes neuronals alternatives
		Neurogènesi: proliferació de noves neurones

Hem parlat dels mecanismes fisiològics que «protegeixen», fins a un cert punt, el cervell humà de les conseqüències de les lesions cerebrals. Al nivell psicològic, dins els models anomenats actius, destaca el constructe de reserva cognitiva, que consisteix en l'activació d'habilitats alternatives per solucionar un problema amb l'objectiu de compensar els dèficits existents (Calero i Navarro, 2006). D'aquest constructe en parlarem a continuació.

### **3.2. Com es poden millorar les funcions cognitives i metacognitives: amb programes d'intervenció que treballin elements metacognitius.**

Com s'ha explicat anteriorment, el model de reserva cerebral explica com les persones poden desenvolupar recursos neurològics –que Fritsch *et al.* (2005), comparen al hardware d'un ordinador– que disminueixen el risc de deteriorament cognitiu en l'envelliment. Així, les persones amb més reserva cerebral poden tolerar més patologia cerebral abans de presentar simptomatologia clínica.

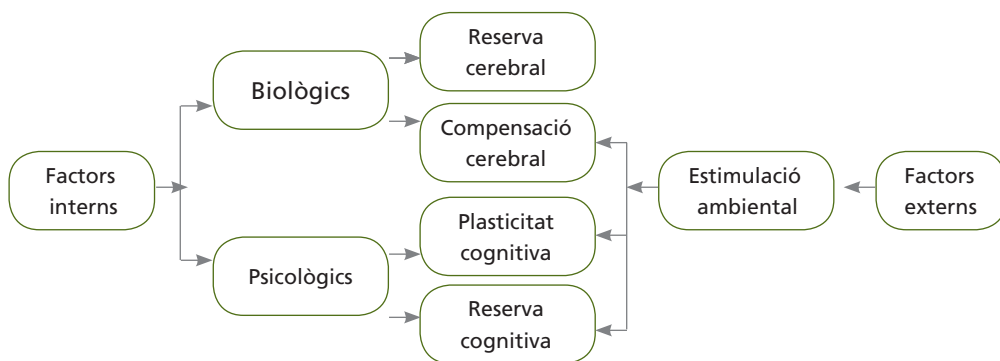
### 3.2.2. La reserva cognitiva

El concepte de **reserva cognitiva** és similar al de reserva cerebral, però aplicat a les habilitats cognitives i els factors ambientals que protegeixen la persona, ja que li ofereixen elements compensadors davant el deteriorament cognitiu. Continuant amb l'analogia que proposa Fritsch, la reserva cognitiva seria el software de l'ordinador.

Corral *et al.* (2006) defineixen la reserva cognitiva com la capacitat per millorar el rendiment cognitiu mitjançant l'ús actiu de diferents estratègies cognitives. Aquest concepte està molt relacionat amb el de plasticitat cognitiva, que és la capacitat de millora del rendiment cognitiu en les persones grans quan s'optimitzen les condicions amb les quals aquest s'ha de dur a terme, com, per exemple, un entrenament cognitiu (Jones, 2006) o qualsevol altra situació en la qual la persona estigui estimulada cognitivament. És la diferència entre el rendiment observable en una tasca que realitza una persona gran sense ajuda de cap estratègia i el rendiment potencial que s'obtidria si hagués estat entrenada amb l'ús d'estratègies.

Calero *et al.* (2007) varen realitzar una investigació per avaluar la plasticitat cognitiva amb el mètode test-entrenament-postest, amb un grup de persones grans. Varen comprovar que les persones amb un estil de vida actiu, caracteritzat per la realització d'activitat física, social, cultural i cognitiva, presentaven més plasticitat cognitiva.

**Gràfic 2** | *Optimització de les funcions cognitives i metacognitives*



Els darrers anys s'han anat desenvolupant, cada vegada més, línies d'intervenció no farmacològica que pretenen millorar la plasticitat cerebral i cognitiva amb un entrenament dels processos cognitius i metacognitius. Valdria la pena comprovar si aquest entrenament és realment eficaç.

### 3.2.3. Avaluació de l'eficàcia de la intervenció no farmacològica

Novoa, Juárez i Nebot (2008), davant aquesta qüestió, varen realitzar una metaanàlisi dels estudis publicats des de l'any 1990, que avaluaven l'efectivitat de la intervenció d'estimulació cognitiva en les persones grans que no presentaven deteriorament cognitiu, i varen seleccionar les que complien uns criteris mínims de qualitat (presència de grup control, equivalència entre els grups de comprovació, amplitud de la mostra, seguiment, etc.). Es va veure que els processos cognitius treballats havien millorat en tots els grups on s'havia fet entrenament, exceptuant-ne un, que, curiosament, era l'únic amb entrenament individual (els altres entrenaments eren grupals, amb sessions entre 60 i 90 minuts). No obstant aquests resultats positius, cal dir que tan sols en un estudi dels revisats es produïa una transferència de les millores obtingudes a altres dominis cognitius.

Papp, Walsh i Snyder (2009) també varen fer una metaanàlisi d'estudis sobre resultats d'intervencions cognitives amb persones sense deteriorament cognitiu. Ells varen trobar limitacions metodològiques en gran part d'aquests estudis, com absència de seguiment i/o de grup control. També hi varen detectar que no es generalitzaven les habilitats entrenades a la vida quotidiana dels participants. En funció d'aquestes observacions varen fer unes recomanacions per millorar futures línies d'intervenció: fonamentació en evidències neurocientífiques consistents, presència de grup control, seguiment, ampliació de les habilitats entrenades, incloent-hi entrenament psicossocial, ja que aquest, relacionat amb els estils atribucionals, millora la memòria subjectiva. Les habilitats metacognitives influeixen en els estils atribucionals, i caldria entrenar-les més explícitament per millorar els resultats d'aquests tipus d'intervenció.

### 3.2.4. El repte de la transferència de les habilitats apreses

La generalització de les habilitats entrenades continua sent un repte al disseny de programes d'intervenció cognitiva i metacognitiva en persones grans. S'ha demostrat, com s'ha indicat abans, que als estudis on s'havia d'exercitar intensivament una determinada funció cognitiva, aquesta millorava significativament, però el problema era la transferència d'aquest tipus d'habilitats a la vida diària de les persones grans.

Green i Bavelier (2008), com a solució a la problemàtica de transferència i generalització d'habilitats, proposen que l'entrenament no es faci mitjançant tasques que desenvolupin habilitats aïlladament, sinó mitjançant una intervenció més holística i en un context més «natural», on es treballin moltes habilitats transversalment, tal com passa a la vida quotidiana. Com a exemple d'entrenament més global, esmenten investigacions sobre entrenament musical i amb videojocs amb persones grans.

L'entrenament amb videojocs proporciona un context on les persones grans milloren habilitats motores, perceptives i cognitives (Drew i Waters, 1986). Segons Günter *et al.* (2009),

l'entrenament cognitiu amb les noves tecnologies permet millorar la motivació respecte a l'aprenentatge per part de la gent gran, és més flexible que altres tipus d'aprenentatge i proporciona retroalimentació immediata.

Quant a la intervenció cognitiva amb educació musical, com que implica «autoeficàcia, dificultat progressiva, pràctica motivadora, estímuls, tasques innovadores i integració sensoriomotora multimodal» (Bugas *et al.*, 2007, 465), constituïria un model òptim d'intervenció per a la transferibilitat de les habilitats adquirides. Els investigadors autors de l'article varen fer un estudi per avaluar el paper de la instrucció musical com a intervenció cognitiva per a la prevenció del deteriorament cognitiu. Varen impartir classes de piano a un grup de persones grans i varen comparar el rendiment que presentaven en tasques relacionades amb les funcions executives (que, recordem, estan relacionades amb la metacognició, quant a la planificació, el control i l'avaluació dels processos cognitius) abans i després de la intervenció, i també varen comparar-ne l'execució amb un grup control de la mateixa franja d'edat que no havien rebut instrucció musical.

Els resultats de la investigació mostren una millora en habilitats relacionades amb la velocitat perceptiva, atenció, memòria de treball i planificació (aquestes darreres formen part de la metacognició, tal com s'ha explicat al principi de l'article). Aquests interessants resultats mostren que l'entrenament musical possibilita el desenvolupament d'un conjunt d'habilitats transferibles a altres tipus de demandes cognitives diferents de l'entrenament musical rebut. Grant i Brody (2004) també varen fer un estudi en aquest sentit, i varen trobar que els adults que tenien experiència musical presentaven un menor risc de demència, o un retard en la seva aparició, en relació amb els subjectes no enriquits musicalment.

Un altre exemple d'intervenció cognitiva amb un enfocament global i motivador és la realitzada per Noice i Staines (2004). Varen comparar tres grups d'adults, un control, un que feia activitats teatrals i un que assistia a classes teòriques d'art. Els participants del grup d'activitats teatrals varen ser entrenats en habilitats cognitives i afectives conjuntament, perquè desenvolupassin correctament els seus papers. El rendiment cognitiu d'aquest grup va ser més alt que el dels altres dos.

En relació també amb la generalització d'habilitats entrenades, Uchida i Kawashima (2008) varen fer un estudi amb un tipus d'intervenció dirigida a persones grans sense deteriorament cognitiu, fonamentada en la lectura en veu alta i la resolució de problemes, que, segons aquests investigadors, desenvolupa les funcions cognitives que activen el còrtex dorsolateral prefrontal, i també el temporal i parietal d'associació. Ells mantenen la hipòtesi que l'activació de l'àrea prefrontal del cervell pot ajudar a generalitzar els efectes positius de l'entrenament a altres funcions cognitives. Els resultats de la intervenció mostren millores significatives en funcions relacionades amb les funcions executives (que formen part de la metacognició), tant al final de la intervenció com sis mesos més tard.

D'aquestes experiències en podem extreure la conclusió que la generalització de les habilitats apreses és un repte de futur, que es pot aconseguir desenvolupant programes d'intervenció cognitiva globals, amb continguts significatius per a la gent gran, que treballin habilitats metacognitives.

### 3.3. Línies d'intervenció a Espanya

Al nostre país es fan cada vegada més experiències d'estimulació cognitiva i metacognitiva, tant en l'àmbit privat com a les administracions públiques, i també es generen molts de materials en aquest sentit, fet que és, òbviament, molt positiu. Però quan es valoren aquestes experiències, un es troba amb la manca d'estudis que n'avalin l'eficàcia, que molt probablement tenen però no es pot demostrar. Per aquest motiu, per fer aquest treball s'han revisat les experiències dutes a terme al nostre país referides a estudis pre i postintervenció (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992; Montejo *et al.*, 2001; Mas i Medinas, 2008; Díaz *et al.* 2006; Puig, 2003) i s'ha vist que si bé no existeixen programes dirigits exclusivament a desenvolupar la metacognició en la gent gran, n'hi ha molts que de forma implícita treballen elements metacognitius.

En tots els programes es fan activitats per explicar i millorar el funcionament de les principals funcions cognitives (atenció, memòria, llenguatge...), i d'aquesta forma augmenta el coneixement dels participants sobre el funcionament de la seva pròpia cognició (que és el que s'explicava al principi de la publicació com a coneixement metacognitiu) i de les principals modalitats metacognitives.

A la major part d'aquests programes es treballen també components cognitivoafectius, com les expectatives d'autoeficàcia, l'estil atribucional i les creences sobre l'envelliment cognitiu, íntimament relacionades amb les variables metacognitives relatives al subjecte, també denominades «coneixement de les persones». L'estil atribucional intern està relacionat amb una més gran eficàcia amb l'ús d'estratègies metacognitives.

És important, i s'intenta dur a terme als programes esmentats, que la persona gran sigui conscient que, encara que pugui presentar cert deteriorament associat amb l'edat en algunes funcions cognitives, conserva la capacitat d'aprenentatge i d'entrenar aquestes funcions per prevenir-ne o retardar-ne el deteriorament. Si el subjecte és conscient d'això, emprarà estratègies cognitives i metacognitives perquè creurà en l'eficàcia que tenen. En cas contrari, quan les creences d'autoeficàcia són negatives, es poden crear situacions de profecia autocomplerta, en les quals les persones, a causa de les seves baixes expectatives de rendiment, disminueixen l'esforç invertit per realitzar la tasca.

Moltes d'aquestes sessions amb les quals s'estructuren aquests tipus de programes comencen o acaben ensenyant tècniques de relaxació per reduir l'ansietat. La

prevalença dels trastorns d'ansietat en les persones grans és d'un 17% en els homes i un 21,5% en les dones (Wisocki, Hunt i Souza, 1993). Les persones grans poden experimentar, a més, ansietat davant tasques cognitives. Aquest tipus d'experiència és un exemple d'experiència metacognitiva. L'ansietat dificulta poder realitzar amb èxit les tasques cognitives, fet que reforça, a la vegada, el sentiment d'ansietat quan s'ha d'iniciar una tasca d'aquest tipus. Reduir l'ansietat de la persona gran provoca, a més d'una sensació més marcada de benestar subjectiu, una sensació de més eficàcia en les tasques cognitives, i milloren així les seves creences, descrites anteriorment, sobre la seva autoeficàcia.

Els programes d'entrenament cognitiu en els quals s'han fet avaluacions pre i post relatives a l'estat d'ànim han resultat també beneficiosos per millorar aquest darrer. La depressió també és un altre dels trastorns psicològics de més prevalença en les persones grans: en aquest sentit, Urbina, Flores i García (2007) varen fer un estudi en el qual varen detectar que el 19,7% de les persones més grans de 64 anys presentaven símptomes depressius.

Com indiquen Ochoa, Aragón i Caicedo (2005), els estats afectius i emocionals també afecten les creences que tenen les persones grans en els seus processos cognitius. Ens trobam, doncs, que, en aquest sentit, l'estat d'ànim és un tipus d'experiència metacognitiva, que influeix en les creences d'autoeficàcia de les persones grans, que pot ser modificada gràcies a la participació de la persona gran en els programes d'estimulació cognitiva.

**Taula 2** | *Elements desenvolupats en els programes d'estimulació cognitiva que optimitzen la metacognició*

Coneixement i regulació de:		
FUNCIÓNS COGNITIVES	COMPONENTS COGNITIUS AFECTIUS	EXPERIÈNCIES METACOGNITIVES
Atenció	Estil atribucional	Ansietat
Memòria	Expectatives d'autoeficàcia	Alteracions de l'estat d'ànim
Llenguatge	Creences sobre l'envelliment cognitiu	
Raonament lògic...		

## 4. Conclusions

Hem vist que la metacognició, com a presa de consciència i regulació dels propis processos cognitius, és un procés molt important durant tot el cicle vital, i especialment a la darrera etapa de la vida, per mantenir l'autonomia de la gent gran i retardar o prevenir processos de dependència que generen un gran cost a la societat.

Malauradament, la metacognició esdevé vulnerable a l'envelliment, i per això cal cercar elements o activitats que en previnguin el deteriorament. Si bé no existeixen programes dirigits expressament al desenvolupament de la metacognició en les persones grans, els programes generals d'estimulació cognitiva que es duen a terme en l'actualitat són més eficaços, quan implícitament milloren tant el coneixement metacognitiu com l'ús d'estratègies metacognitives.

La major part d'aquest tipus d'intervencions empen mètodes multifactorials que entrenen habilitats relacionades amb l'atenció, la memòria i la metamemòria, la imaginació visual..., el treball de les quals és necessari, però no hem d'oblidar, com indica Goldberg (2006, 315), que «els nostres exercicis tan sols són útils en la mesura que informen del funcionament cognitiu del participant a la vida real... les circumstàncies, les exigències i els contextos de la vida real són massa individuals, diversos i variats per permetre una normalització o tipificació que tingui sentit».

El punt feble de la major part dels programes que es duen a terme actualment és, precisament, la manca de transferibilitat de les habilitats adquirides, perquè es treballen continguts massa diferents del context de la vida real. El repte de futur és, doncs, aconseguir desenvolupar les habilitats cognitives i metacognitives de forma global i en un context natural.

L'execució de la major part dels programes esmentats inclou uns quants minuts de relaxació. La pràctica d'algunes tècniques de relaxació i meditació, segons Epel i cols. (2009), es relaciona amb processos metacognitius pel fet de treballar la consciència i el control del pensament, i per l'autoregulació dels processos atencional. De fet, aquests autors indiquen que els practicants d'aquestes tècniques obtenen més bons resultats al test Stroop.

Per altra banda, la participació en aquests programes té un benefici addicional, que és la millora de l'estat d'ànim i la disminució dels nivells d'ansietat entre els participants. El fet que la persona gran hagi de sortir de ca seva perquè té un comprimís setmanal, s'hagi de reunir amb persones del seu voltant i s'hi hagi de comunicar implica que, a més de la dimensió cognitiva, s'hagi d'activar la dimensió afectiva i la social, les quals incideixen positivament en la primera. Veiem, doncs, quant a les repercussions d'aquests tipus de programes, que a més d'aspectes estrictament relacionats amb els processos cognitius, també s'ha de valorar l'esfera psicossocial, el suport social que obté el participant d'una activitat que per definició és grupal.

S'estan comercialitzant molts de materials per millorar el rendiment dels processos cognitius i metacognitius, alguns dels quals amb el suport de les noves tecnologies. I realment, dels pocs materials dels quals s'ha fet un estudi rigorós per avaluar-ne l'eficàcia, s'ha observat



que milloren determinats elements relacionats amb els processos cognitius, i, a més, si hi ha un suport informàtic augmenten els beneficis, tant per la part motivadora de l'ús de les noves tecnologies com pel fet estimulador que aprendre a manejar una eina informàtica suposa per a la gent gran un nou aprenentatge que també l'estimula cognitivament. Però el fet d'emprar aquests materials exclusivament de forma individual deixa coix un dels altres àmbits que també enriqueixen cognitivament i afectivament l'ésser humà, que és l'àmbit social. L'ideal, doncs, seria poder combinar la part grupal dels programes explicats abans amb la més individual d'aquest tipus de material, emprar-los també en grup i, per què no, apropar la persona gran a la web 2.0.

Analitzats tots aquests factors, cal demanar-se si té sentit dur a terme un conjunt d'intervencions planificades i estructurades per prevenir o retardar el deteriorament cognitiu en les persones grans, que desenvolupin de forma transversal coneixements i estratègies metacognitives. La resposta és, sens dubte, que sí. Aquest tipus de programes constitueixen un important recurs de prevenció primària per aconseguir que les persones continuïn sent actives i independents el màxim temps possible mentre envelleixen, i per millorar la seva qualitat de vida.

Els factors psicològics que s'adquireixen al llarg del cicle vital influeixen en la forma en què les persones envelleixen. L'autoeficàcia (la fe que tenen les persones en la seva capacitat per exercir el control de les seves vides) està vinculada a les decisions de conducta personal a mesura que s'envelleix, i a la preparació per a la jubilació. La forma d'enfrontar-se a les circumstàncies adverses determina l'èxit amb el qual les persones s'adapten a les transicions (com la jubilació) i les crisis d'envelliment (com la pèrdua d'un ésser estimat i l'aparició de malalties) (OMS, 2002, 106).

L'objectiu, doncs, és que els programes d'estimulació cognitiva, desenvolupant els processos metacognitius, constitueixin un important recurs comunitari per proporcionar a les persones grans un entorn de capacitat i suport social que els faciliti un «envelliment actiu».

L'envelliment actiu l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2002) el va definir com el procés d'optimització d'oportunitats per a la salut, participació i seguretat per millorar la qualitat de vida de la gent gran. Poder participar activament en la societat implica conservar l'autonomia, i la metacognició és el procés que permet ser autònom cognitivament.

Perquè els diferents països duguin a terme esforços tangibles per promoure l'envelliment actiu dels seus ciutadans, la Unió Europea ha proposat l'any 2012 com a Any Europeu de l'Envelliment Actiu i de la Solidaritat Intergeneracional (Eur-Lex, 2011).

La proclamació de l'Any Europeu implicaria que els agents polítics i socials emprenguessin accions de sensibilització, per identificar i difondre bones pràctiques per facilitar

l'envelliment actiu; també ajudaria a proposar solucions innovadores i impulsar canvis socials perquè la gent gran conservi el màxim de temps la salut física i mental per poder mantenir un rol actiu en la societat.

És, doncs, una de les responsabilitats dels Estats membres de la Unió Europea promoure accions per aconseguir aquesta fita.

Entre les diverses accions, caldria que tant les administracions públiques com els organismes privats promoguessin programes dirigits a la població de gent gran, que de forma explícita desenvolupin els processos metacognitius.

Com s'ha indicat abans, d'iniciatives en aquest sentit n'hi ha, i cada vegada més, però cal que siguin planificades i avaluades rigorosament, per poder veure què és el que ajuda realment la gent gran a millorar els processos cognitius i metacognitius i què és el que no els aporta res de nou.

No hem d'oblidar l'important paper de les noves tecnologies com a recurs per millorar aquest processos, però s'ha de tenir sempre molt clar que es tracta d'un recurs, no una finalitat en si mateix, i per aquest motiu cal potenciar també les situacions d'interacció social per millorar els processos esmentats. En aquest sentit cal trobar l'equilibri, hem de donar a la gent gran l'oportunitat també de «participar activament» en la societat de la informació, i d'aprofitar-ne els elements perquè els ajudin també a ser més actius i independents cognitivament parlant, però no hem de perdre de vista la finalitat que tot aquest món «virtual» ha de servir per desenvolupar-se i participar en l'entorn «real» de la millor manera possible.

Com a conclusió final, podríem dir que l'avinentsa de proposar l'any 2012 com a Any Internacional de l'Envel·liment Actiu ens hauria de servir com a incentiu per reflexionar sobre totes les accions per desenvolupar l'«autonomia cognitiva». La proclamació d'aquest any és molt important, ja que les iniciatives que s'estan duent a terme en l'actualitat en aquest sentit passarien de ser accions fruit d'una bona voluntat política a ser accions prioritàries.

Ens trobam, doncs, que al nivell de la Unió Europea, la proclamació de l'any 2012 com a Any Internacional de l'Envel·liment Actiu, i al nivell de l'Estat Espanyol, el desenvolupament de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, fan que totes les accions dirigides a promoure l'autonomia, entesa no tan sols com la capacitat de desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària, sinó també com la capacitat per controlar i prendre per pròpia iniciativa decisions personals, que és el que s'ha anat definint al llarg d'aquest article com a metacognició, siguin un dret, i que com a tal no siguin fruit de la improvisació sinó que siguin accions ben planificades, avaluades i amb tots els mitjans i recursos necessaris perquè siguin realment útils i millorin la qualitat de vida de la gent que hi participa.

## Referències bibliogràfiques

Alfonso, I.; Papazian, O.; Luzondo, R. J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista Neurológica*, 42(3), 45.

Ardila, A.; Ostrosky, F. M. (2008). Desarrollo histórico de las funciones ejecutivas. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 1-21.

Bentosela, M.; Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales de envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 2(22), 211-235.

Binotti, L.; Spina, D.; Barrera, M. L. de la; Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(2), 119-126.

Brown, J.; Cooper-Kuhn, C. M.; Kempermann, G.; Van Praag, H.; Winkler, J. (2003). Enriched environment and physical activity stimulate hippocampal but not olfactory bulb neurogenesis. *European Journal of Neuroscience*, 17, 2042-2046.

Bugas, J. A.; Perlstein, W. M.; McCrae, C. S.; Brophy, T. S.; Bedenbaugh, P. H. (2007). Individualized piano instruction enhances executive functioning and working memory in older adults. *Aging & Mental Health*, 11(4), 464-471.

Cabeza, R. (2002). Hemispheric asymmetry reduction in older adults: The HAROLD model. *Psychology and Aging*, 17, 85-100.

Calero, M. D.; Navarro, E. (2006). *La plasticidad cognitiva en la vejez*. Barcelona: Octaedro.

Calero, M. D.; Navarro, E.; Muñoz, L. (2007). Influence of level of activity on cognitive performance and cognitive plasticity in elderly persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45, 307-318.

Corral, M.; Rodríguez, M.; Amenedo, E. (2006). Cognitive reserve, age and neuropsychological performance in healthy participants. *Developmental Neuropsychology*, 3, 479-491.

Díaz, M. C.; Martín, Y.; Peraita, H. (2006). *Intervención cognitiva en personas sanas de la tercera edad. Un estudio piloto en las Rozas de Madrid*. Madrid: UNED.

Dixon, R. A. (2003). Concepto de metamemoria: desarrollo y aspectos cognitivos y clínicos. A: Berrios, G. E.; Hodges, J.R. *Trastornos de memoria en la práctica psiquiátrica*. Barcelona: Masson.

Drew, B.; Waters, J. (1986). Video games: Utilization of a novel strategy to improve perceptual motor skills and cognitive functioning in the noninstitutionalized elderly. *Cognitive Rehabilitation*, 4, 26-31.

Epel, E.; Daubenmier, J.; Moskowitz, J. T.; Folkman, S.; Blachburn, E. (2009). Can Meditation Show Rate of Cellular Aging? Cognitive Stress, Mindfulness, and Telomeres. *Longevity, Regeneration, and Optimal Health: Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1172, 34-53.

EUR-Lex (2011). *Propuesta de decisión del Parlamento europeo y del Consejo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo 2011*. Extret el 8 de maig de 2011 de <[http://eur\\_lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010PC0462:ES:N](http://eur_lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010PC0462:ES:N)>.

Fera, F.; Weickert, T. W.; Goldberg, T. E.; Tessitore, A.; Hariri, A.; Das, S. et al. (2005). Neural mechanisms underlying probabilistic category learning in normal aging. *Journal of Neuroscience*, 25, 11340-11348.

Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; González, J. L.; Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Fernández-Duque, D.; Baird, J. A.; Posner, M. I. (2000). Executive Attention and Metacognitive Regulation. *Consciousness and Cognition*, 9, 288-307.

Flavell, J. (1987). Speculations about the nature and development of metacognition. A: Weinert, F. E.; Kluwe, R. H. (comp.) *Metacognition, Motivation and Understanding*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.

Flores, J. C.; Ostrosky, F. M. (2008). Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 47-58.

Fratiglioni, L.; Hui-Xin, W. (2007). Brain reserve hypothesis in dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 11-22.

Fritsh, T.; Smith, K.; McClendon, M. J.; Ogrocki, P. K.; Santillan, C.; Larsen, J. D. et al. (2005). Associations between Dementia/Mild cognitive impairment and cognitive performance and activity levels in youth. *Journal American Geriatrics Society*, 53, 1191-1196.

Goldberg, E. (2001). *El cerebro ejecutivo. Lóbulos frontales y mente civilizada*. Barcelona: Editorial Crítica.

Goldberg, E. (2006). *La paradoja de la sabiduría: cómo la mente puede mejorar con la edad*. Barcelona: Editorial Crítica.

Grant, M. D., & Brody, J. A. (2004). Musical experience and dementia. Hypothesis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16 (5), 403-405.

Green, C. S.; Bavelier, D. (2008). (2008) Exercising your brain: A review of human brain plasticity and training-induced learning, *Psychology and Aging*, 23(4), 692-701.

Günter, V. K.; Schäfer, P.; Holzner, B. J.; Kemmler, G. W. (2009). Long-term improvements in cognitive performance through computer-assisted cognitive training: A pilot study in a residential home for older people. *Aging & Mental Health*, 7(3), 200-206.

Hertzog, C.; Dixon, R. A.; Hultsch, D. F. (1990). Metamemory in adulthood: Differentiating knowledge, belief, and behaviour. A: T. M. Hess (ed.). *Aging and Cognition: Knowledge organization and utilization* (pp. 161-212). Amsterdam: Elsevier.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). *Demografía y población*. Extret el 3 de maig de 2011 de <[http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspob.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm)>.

Jones, S.; Nyberg, L.; Sandblom, J.; Neely, A. S.; Ingvar, M.; Petersson, K. M. et al. (2006). Cognitive and neural plasticity in aging: General and task-specific limitations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 30, 864-871.

Klempin, F.; Kempermann, G. (2007). Adult hippocampal neurogenesis and aging. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 257, 271-280.

La Caixa (2010). *Vive el envejecimiento activo: Memoria y otros retos cotidianos*. Barcelona: Obra Social Fundació la Caixa.

Mas, C.; Medinas, M. (1998). Efectivitat d'un programa de millora del funcionament cognitiu. El taller «Entrenem el cervell». A: Orte, C. *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008*. Palma: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Montejo, P.; Montenegro, M.; Reinoso, A. I.; Andrés, E. de; Claver, D. (2001). *Programa de memoria. Método UMAM*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Noice, H.; Noice, T.; Staines, G. (2004). A short-term intervention to enhance cognitive and affective functioning in older adults. *Journal of Aging and Health*, 16(4), 1-24.

Novoa, A. M.; Juárez, O.; Nebot, M. (2008). Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en personas mayores sanas [Versió electrònica]. *Gaceta Sanitaria*, 22(5).

Ochoa, S.; Aragón, L.; Caicedo, A. M. (2005). Memoria y metamemoria en adultos mayores: Estado de la cuestión [Versió electrònica]. *Acta Colombiana de Psicología*, 14, 19-32.

OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74-105.

- Papp, K. V.; Walsh, J.; Snyder, P. J. (2009). (2009) immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: A review of current literature and future directions [Versió electrònica]. *Alzheimer's & Dementia*, 5, 50-60.
- Pozo, J. I. (1996). *Aprendices y maestros*. Madrid: Alianza.
- Puig, A. (2003). *Programa de entrenamiento de la memoria*. Madrid: Editorial CCS.
- Rosselli, M.; Jurado, M.; Matute, E. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 23-46.
- Satz, P. (1993). Brain reserve capacity on symptom onset alter brain injury: a formulation and review of evidence for threshold theory. *Neuropsychology*, 7, 273-295.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448-460.
- Turvey, C. L.; Shultz, S.; Arndt, S. (2002). Memory complaint in a community sample aged 70 and older. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(11), 1435-1441.
- Uchida, S.; Kawashima, R. (2008). Reading and solving arithmetic problems improves cognitive functions of normal aged people: a randomized controlled study. *Age*, 30, 21-29.
- Urbina, J. R.; Flores, J. M.; García, M. P. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados, *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.
- Valenzuela M. J.; Jones M.; Wen, W.; Rae, C.; Graham, S. et al. (2003). Memory training alters hippocampal neurochemistry in healthy elderly. *Neuroreport* 14, 1333-1337.
- Vance, D. E.; Wright, M. A. (2009). Positive and negative neuroplasticity implications for age-related cognitive declines. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(6), 11-17.
- Van Praag, H.; Shubert, T.; Zhao, Ch.; Gage, F. H. (2005). Exercise enhances learning and hippocampal neurogenesis in aged mice. *The Journal of Neuroscience*, 25(38), 8680-8685.
- Wisocki, P.A.; Hunt, J.; Souza, S. (1993). *An in-depth analysis of worry and its correlates among elderly chronics worriers*. Manuscrit en preparació.

## Autors

### MARÍA ISABEL CUART SINTES

Palma, 1974. Llicenciada en Psicopedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Postgrau de Demències i Malaltia d'Alzheimer (ISEP). Actualment treballa com a tècnica a la Secció de Foment de l'Autonomia de les Persones Majors, a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, i com a professora associada a la Universitat de les Illes Balears, Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació, àrea de Psicologia Evolutiva i de l'Educació.

### JOSEP ANTONI PÉREZ CASTELLÓ

És professor titular de Psicologia del Desenvolupament a la Universitat de les Illes Balears des de 1992. És doctor per la Universitat de Barcelona. Les seves docència i investigació estan dedicades especialment al tema del desenvolupament humà i dels trastorns d'aquest. Ha investigat sobre el desenvolupament de la comunicació i el llenguatge en els infants amb deficiència mental i, els últims anys, també investiga sobre els problemes cognoscitius que apareixen durant el procés d'envelliment, especialment en el cas de les demències.

**L'ESTIMULACIÓ COGNITIVA  
EN ELS SERVEIS A DOMICILI I  
CRITERIS DE QUALITAT**

---



## **L'estimulació cognitiva en els serveis a domicili i criteris de qualitat**

Teresa Jaudenes Gual de Torrella  
Enrique Gómez Prieto  
Antònia Vidal Arbós

## Resum

L'experiència del nostre treball dins l'àmbit de les persones grans durant els darrers anys ens fa pensar que existeixen tres aspectes molt importants a tenir en compte en el futur més immediat per a qualsevol projecte d'intervenció dirigit a aquest col·lectiu. Per una part, el lloc d'atenció ha de ser, tot el temps possible, el domicili; per altra banda, és molt important el paper de les famílies i, en general, dels cuidadors informals en l'atenció de les persones grans; finalment, una de les problemàtiques més preocupants és l'increment, cada vegada més evident, de persones afectades per la malaltia d'Alzheimer i altres demències.

En el present capítol s'exposa una anàlisi de la situació sobre l'envelliment de la població i les conseqüències que se'n deriven. S'ha realitzat una primera aproximació a la realitat de la nostra comunitat autònoma quant al que suposa l'estimulació cognitiva en el marc de l'atenció domiciliària i la presentació i el desenvolupament del nostre projecte d'estimulació cognitiva en el domicili.

A partir d'aquesta reflexió, consideram que pot ser molt positiu desenvolupar i posar en funcionament projectes que tinguin presents les tres característiques esmentades i que, al mateix temps, proposin alguns aspectes innovadors. L'estimulació cognitiva com a projecte d'intervenció del Servei d'Atenció Personal Domiciliària té com a missió la cura i l'atenció a totes les persones amb algun nivell de dependència, amb el principal objectiu de millorar la seva qualitat de vida i de fer-ho mantenint-les en el seu propi entorn, és a dir, a casa.

No s'ha d'oblidar que també pot ser un bon instrument per a la prevenció i el manteniment cognitiu de persones grans amb dificultats de mobilitat moderades o greus, objecte d'estudi de pròxims capítols.

Consideram que la intervenció encaminada a potenciar l'estimulació cognitiva a domicili, pràcticament inexistent a Mallorca, és una interessant i innovadora línia d'actuació amb vista a l'atenció a la demència i a la problemàtica familiar que se'n deriva.

## Resumen

La experiencia de nuestro trabajo en el ámbito de las personas mayores durante los últimos años nos hace pensar que existen tres aspectos muy importantes a tener en cuenta para cualquier proyecto de intervención dirigido a este colectivo. Por una parte, el lugar de atención tiene que ser, durante el mayor tiempo posible, el domicilio; por otra, es muy importante el papel de las familias y, en general, de los cuidadores informales en la atención de las personas mayores; y finalmente, hay que tener presente el incremento, cada vez más evidente, de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Con el presente artículo se ha expuesto un análisis de la situación sobre el envejecimiento de la población y las consecuencias que ello conlleva, se ha realizado un primer acercamiento a la realidad de nuestra comunidad autónoma en cuanto a lo que supone la estimulación cognitiva en el marco de la atención domiciliaria y la presentación y desarrollo de nuestro proyecto de estimulación cognitiva en el domicilio.

A partir de esta reflexión, consideramos que puede ser muy positivo desarrollar y poner en marcha estos proyectos que tenga presentes las tres características mencionadas, y que al mismo tiempo proponga algunos aspectos innovadores. La estimulación cognitiva como proyecto de intervención del Servicio de Atención Personal Domiciliaria tiene como misión el cuidado y atención de todas aquellas personas con algún nivel de dependencia, con el principal objetivo de mejorar su calidad de vida, así como la de las personas que cuidan de ellas y hacerlo manteniéndolas en su propio entorno, en su casa.

No hay que olvidar que también puede ser una buena herramienta para la prevención y mantenimiento cognitivo de personas mayores con dificultades de movilidad moderada-grave, objeto de estudio de próximos capítulos.

Consideramos que la intervención encaminada a potenciar la estimulación cognitiva en domicilio, prácticamente inexistente en Mallorca, es una interesante e innovadora línea de actuación en la atención a la demencia y a la problemática familiar que de ella se deriva.

---

## 1. Introducció

El servei de suport a domicili és un servei polivalent i d'atenció personal en el domicili. La missió del servei de suport a domicili, des dels principis ètics i partint de les necessitats individuals, familiars i socials, és arribar a prestar els suports i serveis necessaris a les persones en situació de risc, fragilitat o dependència, als seus domicilis, amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida i afavorir la permanència en el seu entorn habitual. La realitat que trobam és múltiple i diversa, tant dels col·lectius a tractar com de les diferents problemàtiques. Si es pretén donar resposta a la varietat de necessitats que es deriven de tot això, consideram que no n'hi ha prou amb la intervenció solament d'atenció directa de necessitats bàsiques, sinó que cal incorporar un equip de professionals de caràcter interdisciplinari com a aportació i suport del servei, en què participin disciplines com el treball social, la teràpia ocupacional, la psicologia i la infermeria, que intervingui en la millora del servei, tant en l'àmbit de les persones usuàries i el seu entorn familiar i social, com en el dels professionals d'atenció directa (auxiliars), i que centri les seves funcions en el disseny de programes integrats de servei, suport directe a l'equip auxiliar o de coordinació, assessorament dins dels seus àmbits d'actuació, participació en la formació contínua i intervencions puntuals directes amb la persona usuària.

Partint de la base que l'atenció a domicili analitza, valora i atén les necessitats d'una persona amb dependència domiciliària, bé sigui temporal, bé sigui crònica, diferenciam entre dos tipus de serveis: els serveis bàsics i els serveis complementaris. Entenem per prestacions bàsiques: atenció i cures personals, atenció pedagògica en activitats de la vida diària, atenció domèstica supervisada, atenció en les necessitats de la llar, acompanyament, suport a cuidadors (professionals/familiars), suport socioeducatiu. I per prestacions complementàries: acompanyament intensiu puntual, assessorament i orientació en ajudes tècniques, ajudes tècniques complementàries als serveis d'atenció personal, adaptacions funcionals de la llar, aplicacions domòtiques, menjar a domicili, bugaderia a domicili, condícia personal en establiments socials fora del domicili.

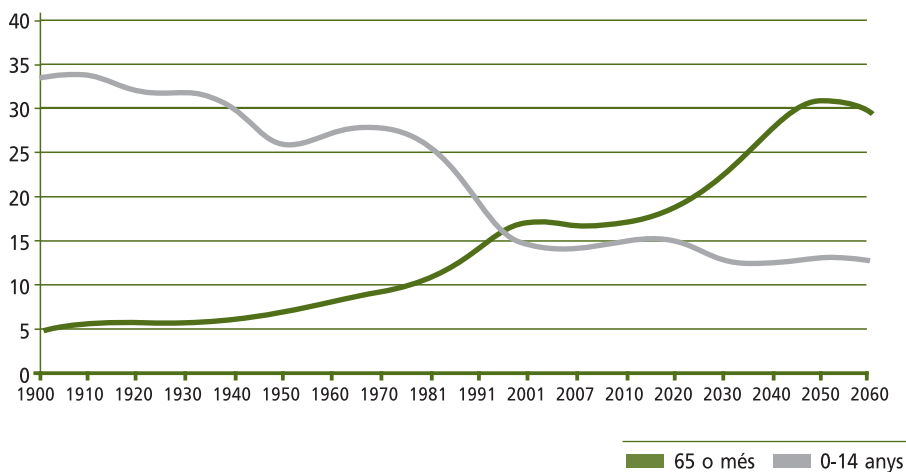
Des d'aquesta perspectiva, creiem que és important incloure el programa d'estimulació cognitiva dins de les prestacions bàsiques, tant en atenció i cures bàsiques com en suport a cuidadors. Es dirigeix, en principi, a les persones a les quals s'ha diagnosticat un dèficit cognitiu a causa d'una procés de demència i en això ens centrarem, encara que apuntam des d'aquí una nova línia d'atenció i un nou camp d'investigació quant a l'estimulació cognitiva en domicili pel que fa al manteniment i la prevenció per a les persones amb dificultat de mobilitat moderada i severa.

## 2. Anàlisi de la situació

### 2.1. Dades demogràfiques i de prevalença

L'augment del nombre de persones grans als països desenvolupats, gràcies a les més bones condicions de vida, alimentació, l'extensió de la salut general, la higiene, la prevenció i més protecció de tot tipus, constitueix un fenomen únic en la història de la humanitat.

A causa de l'augment de l'esperança de vida i l'important descens de les taxes de natalitat, la tradicional piràmide de població s'està invertint. Aquest fet no solament té conseqüències econòmiques (per exemple, en el tema de pensions del futur), sinó que també té importants conseqüències socials. D'una banda, augmenta el nombre de persones que necessiten cures; segons algunes investigacions dutes a terme a Espanya (Verdugo, Gutiérrez-Bermejo 2000), entre un 15 i un 20% de la població més gran de seixanta-cinc anys té algun problema que li impossibilita totalment o parcialment l'acompliment de les activitats de la vida diària, i a partir dels vuitanta-cinc anys, el 80% sofreix algun tipus de limitació, normalment relacionades amb la mobilitat i amb la deterioració cognitiva. D'altra banda, disminueixen els potencials cuidadors (nombre de fills per parella, que disminueix la ràtio de persones joves per cada persona gran; incorporació de la dona al món laboral, que disminueix considerablement el temps de dedicació a l'àmbit familiar).

**Gràfic 1 | Inversió de la tendència demogràfica, 1900-2060**

\* De 1900 a 2007 les dades són reals; de 2010 a 2060 es tracta de projeccions

Font: INE. INEBASE:

1900-2001: Xifres de població. Resums provincials de població segons sexe i edat des de 1900 fins a 2001

2007: Revisió del padró municipal d'habitants a 1 de gener de 2007

2010-2060: Projeccions de la població calculades a partir del cens de població de 2001 Escenari

Les dades de les Illes Balears de 2003 a 2007 ens indiquen un increment d'un 5,8% de la població més gran de seixanta-cinc anys i d'un 12% de la població de vuitanta anys o més. Increment de la població de seixanta-cinc anys o més segons comunitat autònoma, 2003-2007.

**Taula 1 | Evolució de la població gran a les Illes Balears 1991-2007**

	2003		2007		Increment	
	65 i més	80 i més	65 i més	80 i més	65 i més	80 i més
Espanya	7.276.620	1.756.844	7.531.826	2.046.554	3,5%	16,5%
Andalusia	1.128.535	245.296	1.179.308	284.738	4,5%	16,1%
Aragó	262.460	69.334	261.415	80.014	-0,4%	15,4%
Astúries	238.075	60.520	235.518	70.550	-1,1%	16,6%
Illes Balears	133.383	33.786	141.054	37.825	5,8%	12,0%
Canàries	228.142	47.462	251.953	54.569	10,4%	15,0%
Cantabria	105.213	27.137	106.383	31.910	1,1%	17,6%
Castella i Lleó	569.834	155.783	569.338	180.174	-0,1%	15,7%
Castella - la Manxa	358.564	90.351	361.501	105.414	0,8%	16,7%
Catalunya	1.149.771	283.033	1.183.628	333.310	2,9%	17,8%

continua

	2003		2007		Increment	
	65 i més	80 i més	65 i més	80 i més	65 i més	80 i més
Comunitat Valenciana	740.781	169.302	793.917	198.845	7,2%	17,4%
Extremadura	207.973	49.215	207.018	56.497	-0,5%	14,8%
Galícia	585.977	152.979	598.283	172.125	2,1%	12,5%
Madrid	830.839	200.503	875.550	234.221	5,4%	16,8%
Múrcia	178.983	38.118	191.432	46.850	7,0%	22,9%
Navarra	103.200	27.995	105.720	32.261	2,4%	15,2%
País Basc	383.761	88.529	397.132	106.568	3,5%	20,4%
La Rioja	55.578	14.501	56.713	17.248	2,0%	18,9%
Ceuta	8222	1575	8572	1769	4,3%	12,3%
Melilla	7329	1425	7391	1666	0,8%	16,9%

Font: INE. Padró municipal d'habitants a 1 de gener de 2003 i de 2007. INE, maig 2008.

## Taula 2 | Percentatge sobre el total d'Espanya

Anys	Total	Total 65 i més anys	80 i més anys
1991	709.138 1,8 %*	100.567 14,2 %	22.042 3,1 %
2007	1.030.650 2,3 %	141.054 13,7 %	37.825 3,7 %

Font: 1991: INE: Cens de població i habitatges 1991. Consulta el novembre de 2008. 2007: INE: INEBASE: Revisió del padró municipal d'habitants a 1 de gener de 2007. Consulta el novembre de 2008.

Respecte dels diferents tipus de demència i la seva distribució, els percentatges varien en funció de la població estudiada, però totes coincideixen a col·locar la demència tipus Alzheimer en primer lloc, amb uns percentatges que varien entre el 60% i el 80%, seguida de les demències vasculars, amb el 15% i el 40%, i després les demències mixtes, les subcorticals i, finalment, les demències secundàries a problemes orgànics que poden ser reversibles.

La demència és una síndrome clínica caracteritzada per una deterioració adquirida que afecta més d'un domini cognitiu, que representa un declivi respecte d'un nivell previ i que és bastant greu com per afectar el funcionament personal i social. En la majoria dels casos s'hi afegeixen símptomes conductuals i psicològics.

Tots els estudis epidemiològics han confirmat que l'edat és el principal factor de risc per al desenvolupament d'una demència, de manera que tant la prevalença com la incidència pràcticament es dupliquen cada cinc anys a partir dels seixanta-cinc anys d'edat. Atès l'increment de l'esperança de vida i el progressiu envelliment de la població als països

desenvolupats i en vies de desenvolupament, es comprèn que la demència representi un enorme repte per als sistemes de salut públics d'aquestes societats.

Entre les patologies lligades al procés d'envelliment, i per a les quals l'edat suposa un factor de risc a considerar o, dit d'una altra manera, que són més freqüents així com augmenta l'edat, es troba la malaltia d'Alzheimer, la qual genera incapacitat tant física com psicològica i social, la qual cosa, a mesura que es desenvolupa la síndrome, es tradueix en una creixent dependència del malalt respecte de la persona que el cuida, i acaba per causar la mort al malalt, sense que de moment existeixi curació.

Les recents classificacions CIE-10 i DSM-IV (1995) han aconseguit establir criteris de més consens a l'hora d'estudiar les xifres d'incidència i prevalença de les demències en general, i de la malaltia d'Alzheimer en particular, i fins i tot permeten establir criteris comuns respecte dels graus de severitat; no obstant això, segueixen existint llacunes diagnòstiques.

No existeix un estudi epidemiològic a l'àmbit nacional sobre la incidència i prevalença de la demència tipus Alzheimer; no obstant això, sí que s'han realitzat diversos treballs als àmbits provincial i autonòmic, que confirmen xifres similars a les de països de característiques de desenvolupament semblants a les nostres, que situen la prevalença de la demència entorn del 4,2% per a la població entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys, del 12,5% per al grup de setanta-cinc a vuitanta-quatre anys, i del 29,7% per als de vuitanta-cinc anys o més (López-Pousa 1998). D'entre els subtipus de demència, cal destacar la malaltia d'Alzheimer, que suposa entre el 48% i el 70% dels casos; les demències vasculars, entre el 14,3% i el 41,1%; les demències mixtes, entre el 0% en alguns estudis i el 42%; i les demències secundàries, que igualment oscil·len entre el 0% i el 13,3%. Com pot apreciar-se, les xifres poden ser bastant diferents segons l'estudi que es prengui.

En qualsevol cas, amb aquestes xifres cal suposar que a Espanya existeixen uns 635.975 casos de demència, dels quals pràcticament la meitat són de tipus Alzheimer (uns 305.268) i 138.643 són de tipus vascular; una xifra un poc més alta correspon a demències mixtes (163.445) i 28.619 corresponen a demències degudes a causes secundàries. Respecte de la incidència, els estudis, a causa de dificultats metodològiques, són menys, i igualment ofereixen xifres diferents; no obstant això, en tots els casos s'aprecia un creixement exponencial a mesura que augmenta l'edat (de manera evident a partir dels quaranta anys), de manera que aquesta xifra ronda entorn de l'1% anual per a grups amb edats superiors a 60-65 anys (Ruiz-Adame Regna 2010). D'altra banda, segons Bermejo i Colmenarejo (1990), les investigacions sobre incidència de la demència tipus Alzheimer han evidenciat l'absència de bimodalitat en la corba d'incidència (també en la de prevalença), la qual cosa epidemiològicament no justifica el sosteniment de la diferenciació entre demència senil i presenil.

Aquestes són dades rellevants per a la societat espanyola, ja que és una de les que més envelleixen al món a causa de l'increment de l'esperança de vida que ha provocat l'espectacular avenç social, econòmic i sanitari experimentat en els últims cinquanta anys, la qual cosa ha fet que es duplicàs la població de seixanta-cinc anys o més durant els últims trenta anys.

A Espanya viuen 7,5 milions de persones més grans de seixanta-cinc anys, el 16,7% de la població i, d'aquestes, un 28% té més de vuitanta anys. Això ens situa com el quart país més envellit del món. A més, el segment poblacional de més de vuitanta anys, el més susceptible a la demència, és el que més ha augmentat.

Si es calcula una prevalença intermèdia del 7%, pot concloure's que a Espanya existeixen aproximadament entre 500.000 i 750.000 persones amb demència. A aquestes xifres caldria sumar els casos de demència d'inici presenil, de la qual no disposam d'estudis epidemiològics a Espanya i que són molt escassos a Europa. Un estudi realitzat a Londres va trobar una prevalença de 52/100.000 i que les principals causes de demència presenil són la malaltia d'Alzheimer, la degeneració frontotemporal, la demència posttraumàtica, la demència associada a l'alcoholisme i la demència associada a la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH).

Aquestes dades ens demostren la importància i la incidència cada vegada més evident d'aquesta malaltia en les societats occidentals, les quals tendeixen significativament a l'envelliment, però sense oblidar l'objectiu de mantenir la qualitat de vida. Tot això ens porta a la necessitat que de cada vegada més la nostra societat prengui consciència d'aquesta realitat i es posi en marxa per trobar solucions.

Des de les diferents administracions públiques, entitats de tipus social, etc., s'han engegat diferents projectes per intentar atendre les moltes necessitats que genera aquesta malaltia en els diferents àmbits: els aspectes sanitaris, els socials i els psicològics. L'envelliment de la població, per tant, és un progrés social que reflecteix les condicions de vida més bones, però que planteja reptes per atendre degudament la població que envelleix. Aquest fenomen planteja una sèrie d'interrogants a la ciència i la política com la dependència, les pensions, el maltractament, etc., interrogants que requereixen noves respostes. Si la societat no dóna resposta a aquests reptes, pot convertir-se en un problema per als individus que envelleixen sense una qualitat de vida adequada i es poden arribar a produir situacions tan poc desitjades com l'abandonament, la malaltia i la marginació.

Actualment, els nuclis de pertinença (família, veïns, amics...) que anteriorment desenvolupaven algunes funcions han estat substituïts per professionals i serveis socials de caràcter públic o iniciativa social (Casado 1970) i, com es pot observar en els gràfics (gràfic 1), es preveu que el 2020 la població més gran de seixanta-cinc anys superi en un 5% la de zero a catorze anys, i



que el 2060 aquesta diferència superi el 15%. Aquests recursos socials són els recursos humans, professionals, materials, tècnics, financers, institucionals, etc., amb què es dota a si mateixa una societat per donar resposta a les necessitats dels seus individus, grups i comunitats (Cucurella 2000). Veiem, per tant, que la resposta a les necessitats poden donar-la diferents agents i al mateix temps poden presentar diferents formes. Aquests professionals i els serveis han d'estar a l'altura d'aquestes noves demandes i ser capaços de dissenyar projectes d'actuació amb l'objectiu d'ordenar un sistema de mesures i activitats que tendeixin a compensar les mancances i aportin una intervenció integral (biopsicosocial) i de qualitat.

L'impacte de la demència es produeix directament sobre el pacient, però té una enorme repercussió sobre el seu entorn social i causa un gran dany moral, físic i econòmic sobre el nucli familiar. En aquest sentit, la demència ha de ser abordada com una veritable malaltia de la família i una malaltia de la societat. L'atenció a les persones amb demència i als seus familiars exigeix un abordatge multidisciplinari, amb participació activa de tots els professionals implicats; ha de ser integrada i ha de garantir el continuïtat assistencial de manera que la participació de cada professional i recurs s'adapti a les necessitats canviants del pacient i els cuidadors en cada fase evolutiva de la malaltia. La norma ha de ser l'intercanvi coordinat, flexible i eficaç de coneixements i de recursos entre els professionals de l'àmbit sociosanitari, posat a la disposició de persones malaltes i de cuidadors.

L'Organització Mundial de la Salut ha reconegut la importància de la qualitat de vida en l'ancianitat i ha afirmat que allò que importa no solament és la quantitat d'anys que es viu, reflex del progrés social, sinó la qualitat de vida global de què es gaudeix en aquests anys, la qual cosa podem resumir amb l'expressió «allò que importa no és donar anys a la vida sinó vida als anys». La longevitat és un bé si va acompanyada de qualitat.

El benestar social es configura avui com una resposta a una societat amb unes necessitats i unes demandes que requereixen una xarxa assistencial de recursos socials destinada a satisfer-les, tant pel que fa a l'atenció domiciliària com institucional. En el quart estudi sobre les persones grans a Espanya i una enquesta sobre les seves condicions de vida publicat per l'IMSERSO, se'ns presenta una radiografia sobre els hàbits, relacions socials, actituds i opinions d'un col·lectiu que representa el 16,6% de la nostra població i que en les properes dècades anirà en augment. Conèixer la seva realitat, les seves necessitats i les seves preocupacions permetrà atendre amb més precisió les seves demandes.

Sobre la base d'aquest estudi obtenim com a dada significativa que el col·lectiu de persones grans no és gaire partidari de viure l'última etapa de la seva vida en una residència, ni tan sols estant malalts. En cas de necessitar ajuda, un 77,1% preferiria seguir vivint a casa seva amb atenció i cures; un 10,6% voldria anar a casa dels seus fills; un 4,5%, viure en una residència; i un 2,9%, estar en una residència el temps que ho necessitès (<http://www.mpt.gob.es/gobierno/muface/o208/mayores.htm>).

Quant a l'atenció a la dependència que s'ofereix a les Balears, presentam a continuació dades de dia 1 de juny de 2011 i trobam el següent:

**Taula 3** | *Sol·licituds de valoració dependència a Balears*

Sol·licituds		Habitants Balears	
Nombre	% Espanya	Nombre	% sol·licituds habitants
22.914	1,5%	1.112.712	2,1%

**Taula 4** | *Sol·licituds de prestació*

Sol·licituds de prestació											
nombre	Dictàmens de les sol·licituds								Dret a prestació		
	nombre	%	Desglossament dels dictàmens per grau								
Total			Grau	nombre	%	Desglossament per nivell			Amb dret	nombre	%
	Nivell	nombre				%					
22.914	20.804	90,8%	III	6.896	33,1%	2	2.314	11,1%	16.414	78,9%	
						1	4.582	22,0%			
			II	7.067	34,0%	2	3.047	14,6%			
						1	4.020	19,3%			
			I	4.861	23,4%	2	2.451	11,8%			
						1	2.410	11,6%			
Sense grau	1.980	9,5%	Sense grau	1.980	9,5%	Resta	4.390	21,1%			

**Taula 5** | *Tipus de prestació*

	A les Balears		Respecte Espanya
	nre.	%	%
Prevenió dependència i promoció autonomia personal	0	0,0%	0,0%
Teleassistència	0	0,0%	0,0%
Ajuda a domicili	0	0,0%	1,2%
Centres de dia/vespre	630	6,0%	1,7%
Atenció residencial	1.964	18,7%	1,0%
Prestació econòmica vinculada al servei	412	3,9%	1,9%
Prestació econòmica per cures familiars	7.475	71,3%	0,0%
Prestacions sanitàries assistència personal	1	0,0%	1,0%
<b>Total</b>	<b>10.482</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,0%</b>

Font: SAAD-IMERSO, Servei d'Estadístiques de la Sotsdirecció General Adjunta de Valoració, Qualitat i Avaluació. INE: INEBASE: Avanç del padró municipal a 1 de gener de 2011. Dades provisionals. Informació històrica acumulada a les Illes Balears.

Respecte de la xifra 1.112.712 habitants (1), 0,9% de les Balears, trobam un total de 10.166 persones beneficiàries amb prestacions, que suposa un 1,4% de persones que obtenen prestacions respecte de totes les comunitats autònomes. Això es tradueix que a les Illes Balears hi ha una ràtio d'1,03 prestacions per persona.

**Taula 6** | *Dades des de l'entrada en vigor de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència fins a juny 2007*

	A les Balears		Respecte Espanya
	nre.	%	%
Sol·licituds	33.178	100,0%	1,70%
Dictàmens	28.225	85,1%	1,60%
Amb dret a prestació	23.479	70,8%	1,70%
Prestacions	14.564	43,9%	1,30%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del SAAD-IMSERSO

### 3. Justificació de l'estimulació cognitiva en el domicili

#### 3.1. Justificació social

Les persones afectades per algun tipus de demència comencen a sofrir una deterioració cognitiva que s'inicia de manera lenta amb els primers símptomes de pèrdua de memòria recent i algunes dificultats per realitzar tasques quotidianes i progressivament es van fent cada vegada més importants. Aquest procés pot tenir una durada molt variable, d'entre dos i deu anys, i comporta una evident dependència de la persona malalta respecte del seu entorn, que necessita cada vegada més atencions.

La cura d'aquestes persones ha estat objecte de diversos estudis (Bermejo 1998). Les dades d'aquest estudi ens diuen que el 85% dels malalts viuen amb la seva família, que el 88% té un sol cuidador principal i que entre el 50 i el 70% dels cuidadors identifiquen la seva càrrega com a important.

La malaltia suposa una desestructuració i un desgast important per al cuidador principal i per a la família en general. Aquestes famílies reben suport de manera desigual des de l'Administració pública, les associacions d'Alzheimer i també existeix l'oferta privada. Els recursos que poden rebre són principalment atenció per realitzar les activitats de la vida diària amb serveis d'ajuda a domicili i centres de dia per als malalts.

Aquests recursos, no obstant això, no són en la majoria dels casos especialitzats en demència, sinó que són els mateixos que s'ofereixen a persones grans dependents. L'oferta de teràpies per evitar o alenir l'avanç de la malaltia es redueix moltes vegades als tractaments farmacològics. L'oferta de tractaments complementaris pràcticament no existeix o és poc significativa. Principalment, es concreta en alguns centres de dia en els quals es practica l'estimulació cognitiva, però no són gaire, atès que, en la majoria dels centres de dia que existeixen en el nostre entorn, no hi ha cap unitat específica per a malalts afectats per demència.

El centre de dia especialitzat és un gran recurs per a aquestes persones, atès que pot oferir un bon tractament, el manteniment de la persona al seu domicili, pot promoure les relacions amb altres persones i evitar l'aïllament i, al mateix temps, proporcionar unes hores de descans per a les famílies. Tot això, sempre que la persona rebí les atencions adequades per a la seva malaltia. No obstant això, no són suficients en nombre i, a més, moltes persones no presenten un perfil idoni per a aquest tipus de recurs.

Actualment trobam una nova realitat que va en augment: un grup cada vegada més important de persones diagnosticades que presenten la malaltia en un estadi inicial i que conserven la gran majoria de les seves capacitats cognitives.

En aquests casos és molt difícil que acudeixin al centre de dia perquè no s'hi troben còmodes, a causa del perfil dels altres usuaris amb processos més avançats. Aquestes persones estan en el moment més interessant per realitzar estimulació cognitiva i se'ls podria atendre en el seu domicili de manera molt més normalitzada.

Per tant, s'han de desenvolupar noves propostes d'atenció que puguin atendre les noves necessitats, cada vegada més emergents, d'aquest col·lectiu de persones.

Apropar el recurs a l'entorn de l'individu és una perspectiva que en els últims anys està clarament reconeguda. A més, en el cas de la malaltia d'Alzheimer, pensam que és més adequat atendre la persona en el seu propi domicili, sempre que sigui possible, tenint en compte els problemes de desorientació i la possibilitat de problemes de comportament en trobar-se en un entorn totalment desconegut i, per tant, que li genera inseguretats, amb la qual cosa augmenta la probabilitat que respongui a l'estrès que això li suposa.

### **3.2. Justificació neurobiològica**

Durant dècades s'ha conegut la increïble capacitat del cervell per adaptar-se i seguir exercint les seves funcions després d'accidents traumàtics que l'han afectat seriosament. No obstant això, solament recentment s'ha aplicat el concepte de «plasticitat cerebral» a

malalties que comporten la deterioració progressiva del cervell i les seves funcions, com és el cas de la malaltia d'Alzheimer.

Cada vegada està més acceptat que l'estimulació cognitiva, basada en l'anterior concepte de la plasticitat cerebral, pot millorar les funcions mentals i la qualitat de vida de pacients amb deterioració cognitiva lleu, demències lleus o moderades. Especialment s'han assenyalat una sèrie de beneficis com:

- Disminució de la velocitat de progressió de la malaltia, mesurada mitjançant les corresponents avaluacions neuropsicològiques.
- Reducció dels símptomes de tipus emocional d'irritabilitat i apatia.
- Manteniment de la comunicació verbal.
- Millora, segons el pacient, de la seva qualitat de vida.
- Disminució més lenta de les habilitats funcionals per a la vida diària.

La base de l'estimulació cognitiva es troba en el concepte de neuroplasticitat cerebral, que es pot definir com «la capacitat del cervell d'adaptar-se, regular i remodelar la dinàmica de la neurotransmissió davant situacions adverses, fins i tot en edats molt avançades» (Geschwind 1985).

La neuroplasticitat del cervell humà permet renovar les sinapsis entre neurones, de manera que neurones properes a la zona afectada adquireixen noves sinapsis i, per tant, noves funcions (Nieto-Sampedro 1988).

Aquesta capacitat de rehabilitació cognitiva ha estat àmpliament demostrada en persones amb disfuncions causades per traumatismes i és evident també durant el procés d'envelliment normal (Norman, Nieto-Sampedro 1991; Katzman, Björklund 1971) i també existeix en el cervell de les persones amb demència, encara que en mesura més petita (Barbacid 1994).

Aquesta degeneració cerebral provoca una sèrie de pèrdues característiques d'aquest tipus de malaltia: memòria, apràxies, agnòsies, desorientació tempoespacial, afàsies, aprosèxies (atenció i concentració), així com dificultats per al càlcul, per fer seqüències d'accions i pensament abstracte.

Per tractar aquesta simptomatologia s'han desenvolupat tractaments farmacològics que tenen els seus principis actius relacionats amb els diferents dèficits bioquímics que s'han detectat en els estudis realitzats.

L'estimulació cognitiva apareix cada vegada més com un tractament complementari al tractament farmacològic. Aquestes tècniques s'estan fent servir en diversos països

del nostre entorn i també a Espanya, que n'inicià la pràctica fa més d'una dècada (Galiano 1988).

La justificació dels resultats de l'estimulació cognitiva en el manteniment de les capacitats en persones amb demència es pot trobar en almenys dos raonaments (Jódar 1999, en premsa).

L'estimulació continuada augmenta el nombre de sinapsis entre neurones i, per tant, millora el funcionament dels circuits neuronals, aspecte que no garanteix la regeneració en cervells malalts però que sí retarda l'aparició de dèficits cognitius (Kesslak [et al.] 1997).

Una altra capacitat que mantenen els cervells afectats per demència és la capacitat que la funció d'un determinat circuit pugui ser assumida per un altre circuit neuronal que anteriorment no tenia aquesta funció. L'estimulació cognitiva també millora aquesta capacitat cerebral.

L'estimulació cognitiva no és una tècnica gaire estesa i, per tant, no és fàcil trobar experiències que demostrin l'eficàcia d'aquest tractament. Existeixen, no obstant això, diferents autors que han realitzat estudis de camp i fins i tot algunes experiències amb mètode experimental que donen proves empíriques dels bons resultats que podem obtenir.

Un dels primers estudis es va presentar el 1993 a la III Reunió Internacional Alzheimer Europa celebrada a Madrid i plantejava els efectes positius de la psicoestimulació a curt i mitjà termini.

Posteriorment, al Congrés Nacional de Neurologia es varen presentar els resultats de l'aplicació del Programa de Psicoestimulació Integral (Tàrraga 1996). L'estudi realitzat amb quaranta persones diagnosticades de demència demostra la millora en els resultats de diferents proves (MMSE, Set Test, Boston...) en les demències vasculares i subcorticals i un manteniment estable en els casos de malaltia d'Alzheimer.

Els autors amb experiència en estimulació cognitiva confirmen la utilitat d'aquesta en el tractament de persones afectades de demència: «La tasca diària en l'estimulació del malalt amb demència i el mesurament dels resultats obtinguts corroboren la possibilitat d'aprenentatge del malalt de demència, capacitat d'altra banda que depèn del tipus i de l'estadi d'evolució» (Tàrraga 1997).

Altres estudis realitzats amb tècniques específiques també presenten uns bons resultats d'aquests tractaments. Algunes d'aquestes experiències són les que es presenten en la utilització de tècniques d'orientació en la realitat (Holden, Woods 1982) i estimulació de la memòria (Hutton [et al.] 1996).

També trobam algunes experiències amb mètode experimental tot i que no són gaire habituals. A la Universitat de Mòdena es va dur a terme una experiència amb un grup d'estudi, al qual es varen aplicar tècniques d'orientació en la realitat, i un grup control, per observar les diferències entre els dos grups durant un any de tractament. Els resultats del MMSI del grup d'estudi varen millorar a curt termini i es varen mantenir constants a llarg termini. Els resultats del grup control varen ser clarament un empitjorament constant. (Baldelli [et al.] 1993).

Podem concloure, per tant, que encara que l'estimulació cognitiva és una tècnica relativament nova, existeixen estudis i autors reconeguts en l'àmbit de la neuropsicologia que demostren l'eficàcia del tractament en persones amb estadis inicials de la malaltia d'Alzheimer o altres demències.

## 4. Objectius de l'estimulació cognitiva en el domicili

### 4.1. Objectius dirigits als usuaris

- Millorar la qualitat de vida de la persona afectada per la malaltia i de la seva família: l'evolució de la malaltia d'Alzheimer i d'altres demències no es pot evitar, però la possibilitat de mantenir les capacitats conservades i l'activitat el màxim temps possible garanteix a la persona viure d'una manera més digna i agradable.
- Possibilitar i afavorir la integració de la persona en el seu entorn habitual, la família: l'atenció en el propi domicili i en coordinació amb els cuidadors habituals permet que la persona es trobi més ben orientada i més segura. D'altra banda, l'adaptació de l'entorn a les necessitats de la persona minimitza la incidència de la malaltia en l'activitat quotidiana.
- Donar suport i assessorament a la família per atendre de manera més adequada el malalt. La possibilitat de tenir una opinió externa i experta de manera periòdica i estable facilita a la família el procés de formació i d'adquisició dels coneixements necessaris per a la correcta atenció de la malaltia.
- Reduir la confusió que provoca la malaltia. Conèixer el procés normal que desenvolupa la malaltia i observar totes les activitats que es poden mantenir, així com les conductes inadequades que es poden evitar facilita la comprensió del que passa i redueix la confusió que pateix la persona malalta i els seus cuidadors.
- Evitar o retardar al màxim ingressos innecessaris. Tenir un suport en el propi domicili que permet mantenir la persona amb les seves capacitats el màxim temps possible retarda el procés de la malaltia i permet que pugui estar atesa durant més temps a la seva pròpia casa.

- Prevenir la claudicació del cuidador principal. Amb el reforç de la tasca quotidiana que fa, mitjançant el reconeixement de la seva funció i oferint instruments per atendre adequadament, evitarem que els cuidadors se sentin sols en la seva tasca i els reduïrem la càrrega.
- Oferir un recurs més a les associacions de familiars de malalts de demència i a les administracions públiques. L'aparició de nous recursos adequats a les noves necessitats és important per als diferents professionals i entitats que treballen per atendre les persones afectades per la malaltia d'Alzheimer i altres demències.

#### 4.2. Objectius terapèutics

- Retardar la deterioració cognitiva i l'evolució, aprofitar les habilitats i capacitats que encara es mantenen actives. És necessari garantir que aquest objectiu sigui avaluable, és a dir, fem un estudi comparatiu de les diferents capacitats cognitives en diferents moments del procés terapèutic.
- Optimitzar les capacitats de la persona per realitzar les AVD i facilitar a la família que mantingui actiu el malalt durant el dia. Utilitzam l'estimulació per millorar el desenvolupament de la persona en la seva vida diària i potenciar conductes útils i adaptades a les necessitats quotidianes.
- Adequar les situacions i l'entorn per minimitzar la discapacitat. Treballam en el domicili i, per tant, podem millorar les seves característiques per adaptar-lo a les necessitats de la persona.
- Individualitzar l'atenció, amb el disseny d'un pla de treball individualitzat mitjançant diferents tècniques d'estimulació cognitiva, tenint en compte el seu estil de vida i els recursos familiars disponibles.
- Adaptar el pla d'actuació a les característiques i al nivell funcional real de la persona, minimitzant els dèficits sensorials i funcionals. D'aquesta manera garantim la màxima eficàcia i evitam situacions de frustració per demanar nivells d'actuació inadequats.

### 5. Anàlisi de la realitat a Mallorca

En un primer acostament a la realitat de Mallorca respecte de l'estimulació cognitiva, hem trobat que la majoria dels serveis se centren en la prevenció de la dependència i la promoció de l'autonomia mitjançant tallers i diversos programes d'entrenament de la memòria amb persones grans, però la nostra inquietud va sorgir en relació amb el que



podria succeir en els casos en què trobam una clara deterioració cognitiva i no podem brindar els beneficis de l'estimulació que reben les persones que acudeixen a centres de dia i participen en aquestes activitats, i més encara en el cas de persones que, per la seva fase inicial, poden ser ateses en el seu domicili d'una manera més normalitzada i en el seu propi entorn, amb una atenció personalitzada i adaptada a les seves necessitats.

Per analitzar la situació concreta de la nostra comunitat, s'ha contactat amb diversos serveis d'atenció a domicili, tot diferenciant tipologia pública i privada. Entre els de tipologia pública, s'han recollit les dades proporcionades pels treballadors socials que gestionen el servei, els quals han coincidit en la inexistència de l'estimulació cognitiva com a tal dins de la cartera de serveis pròpia del SAD.

Quant al sector privat, s'han trobat algunes dificultats com: problemes per accedir a alguna informació per política de confidencialitat d'algunes empreses (malgrat que vàrem remarcar que era a nivell estadístic i es respectaria la confidencialitat); problemes per no poder contactar directament amb personal responsable, atès que la petició d'informació es realitza via correu electrònic; finalment, durant l'últim any s'han donat de baixa un considerable nombre d'empreses en els últims mesos malgrat ser una actualització de les empreses d'aquest mateix any 2011 (cinc en total de la llista), a causa del descens del nombre d'usuaris que no havia permès seguir en funcionament i una que no havia arribat a posar-se en funcionament.

Malgrat això, s'ha pogut contactar amb set empreses de tipologia privada, extreure'n una visió general i oferir un primer acostament al que constituïa el punt de partida de la nostra hipòtesi, que era la falta de recursos d'estimulació cognitiva en l'àmbit domiciliari i, en el cas que n'hi hagués, el perfil dels professionals que la duïen a terme. Com a cas particular, cal esmentar el de l'única empresa que trobam que oferia el servei, que tenia un total de deu usuaris, xifra que resulta increïblement baixa en comparació amb el nombre d'usuaris que reben ajuda a domicili i que podrien aprofitar aquest recurs.

Quant a l'oferta pública, l'Administració ha desenvolupat plans estratègics des dels serveis d'atenció sanitària i des dels serveis d'atenció social per dur a terme accions dirigides a les persones que sofreixen la malaltia i a les seves famílies.

Diferents entitats i empreses privades han desenvolupat programes d'atenció i suport específicament per a aquesta necessitat social. El recurs més evident de la mobilització de la societat ha estat la creació d'associacions dedicades plenament a atendre les necessitats i els interessos de les persones afectades per demència i principalment per la malaltia d'Alzheimer.

Associació de Familiars Alzheimer Mallorca (AFAM) està formada per professionals i familiars preocupats per donar respostes a aquesta problemàtica. Els objectius d'aquestes

associacions són informar i assessorar, oferir formació, promocionar la necessitat de diagnòstics correctes i la investigació sobre la malaltia, donar suport a les famílies en els diferents moments de la vida d'aquestes persones i sensibilitzar la societat.

Aquestes associacions ofereixen cursos de formació, grups d'ajuda mútua, suport psicològic a la família, ajuda a domicili, suport de voluntariat i assessorament mèdic, jurídic i socioeconòmic. També ofereixen activitats d'estimulació cognitiva per a les persones afectades per la malaltia d'Alzheimer i altres demències.

Hem de fer especial esment de les activitats que es desenvolupen en els centres de dia terapèutics especialitzats en atenció de persones afectades per demència. Aquests centres augmenten progressivament en nombre i en qualitat i ja podem trobar alguns especialitzats a la ciutat. Entre les diferents activitats que desenvolupen, podem trobar tallers d'estimulació cognitiva en què s'ofereix activitat individual i en grups, amb nivells de dificultat per adaptar-se als diferents perfils d'usuari.

En aquest primer contacte amb la realitat de la nostra illa, s'ha apreciat que s'atenen un gran nombre de casos de persones més grans de seixanta-cinc anys, que ha anat creixent el nombre de persones que superen els vuitanta anys d'edat però també ha ocupat un buit important la població de menys edat que requereix assistència derivada d'alguna discapacitat. No hem pogut tenir dades precises quant al nivell de dependència però la majoria, segons les treballadores socials que ens han atès, es tracta de casos amb gran dependència i que requereixen assistència en la majoria de les activitats de la vida diària.

Pel que fa als usuaris que rebien l'ajuda del SAD, un petit percentatge rep els beneficis de l'estimulació en centre de dia, aspecte de què consideram que seria molt útil que es poguessin beneficiar també els usuaris que no accedeixen a aquests centres, quant a l'estimulació i la potenciació de les capacitats personals i a nivell funcional.

Quant als serveis públics, les dades obtingudes reflecteixen en el cas dels enquestats que no es preveu l'estimulació cognitiva com a servei específic dins d'aquest tipus d'ajuda. A més, un 80% dels enquestats assegura que disposen d'escàs temps al domicili i que les tasques estan encaminades a la part assistencial d'higiene i neteja. En definitiva, no s'ofereix el servei d'estimulació com a tal dins del SAD, però es considera que si es disposàs de més temps i recursos seria molt beneficiós, especialment en casos amb escàs suport social i que tenen un nivell d'activitat i estimulació baixa o nul·la i no poden acudir tampoc a cap centre de dia.

Dins de la llista d'empreses que ofereixen SAD s'inclouen associacions sense ànim de lucre. Pel que fa a aquestes, s'ofereix atenció domiciliària, però la majoria centrada en suport als familiars i altres serveis a domicili que no tenen a veure amb l'estimulació cognitiva.

Pel que fa a l'interès del nostre estudi, tan sols vàrem obtenir dues associacions en les quals s'ofereix estimulació cognitiva a domicili: l'Associació d'Esclerosi Múltiple i l'Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer. La primera compta amb aquest servei però, per la tipologia dels usuaris, un percentatge molt baix és més gran de seixanta-cinc anys; per tant, no la incloem dins dels serveis destinats a la població en què ens centram, que és les persones de seixanta-cinc anys o més amb deterioració cognitiva. S'ha pogut constatar que, en aquest cas, la tasca la duen a terme al domicili treballadores familiars supervisades per professionals com el psicòleg o terapeuta ocupacional.

D'altra banda, pel que fa a les empreses de tipologia privada de les quals hem obtingut resposta, tan sols dues ofereixen estimulació cognitiva a domicili i la resta no ho preveia entre els seus serveis. D'aquestes dues, tan sols una té en l'actualitat casos que reben el servei d'estimulació cognitiva.

Per tant, en aquesta primera aproximació trobam que el nombre d'usuaris que reben estimulació cognitiva tant dins com fora del domicili és molt reduït, així com les empreses que ho preveuen entre els seus serveis, per la qual cosa consideram i ratifiquem en el present capítol la importància de l'estimulació i els beneficis que pot proporcionar a les persones que continuen a la seva llar i no reben aquest recurs per part d'un centre, per problemes de desplaçament, aïllament per falta de suport social o altres recursos o simplement prefereixen o es valora com a més adequada una atenció més individualitzada.

D'altra banda, hem trobat que, en un percentatge significatiu, els perfils que atenen el col·lectiu d'usuaris responen, en la majoria, a treballadores familiars, per la qual cosa emfatitzam la importància del paper del psicòleg com a especialista per orientar, servir de guia i elaborar un pla d'actuació conjunt per dur a terme aquesta activitat amb una finalitat rehabilitadora, mantenir en el grau més alt possible la capacitat funcional i facilitar continuar en la seva llar i el seu entorn habitual.

## 6. Desenvolupament de la nostra proposta de projecte d'estimulació cognitiva en el domicili

El punt de partida de la nostra intervenció és la intenció de tractar la persona de manera global, és a dir, tenint en compte els tres aspectes de la vida de l'ésser humà: les característiques biològiques, les psicològiques i les socials. L'estimulació cognitiva persegueix el manteniment de les capacitats cognitives no alterades durant el màxim temps possible.

No obstant això, pensar que aquestes capacitats s'utilitzen solament en determinades funcions superiors és treballar amb plantejaments molt limitats.

Pretendre estimular la cognició només amb exercicis específics per a cadascuna de les capacitats superiors és quedar-se a mitjan camí. Les persones utilitzam els nostres recursos cognitius en cadascuna de les nostres activitats personals i socials i, per tant, un treball complet ha de combinar els exercicis d'estimulació de capacitats concretes amb l'aplicació en la vida quotidiana d'aquestes habilitats cognitives.

És per aquesta raó que en cadascun dels processos de la intervenció, que seran diagnòstic, pla terapèutic i valoració dels resultats, tenim en compte l'historial mèdic de la persona, l'edat, el sexe, el nivell cultural, la seva biografia, el grau de deterioració cognitiva, l'entorn familiar, les característiques socials i de relació amb el medi i els aspectes emocionals, de personalitat, motivació i autoestima.

Com ja hem explicat anteriorment, el fonament de l'estimulació cognitiva està en la neuroplasticitat cerebral. Podem definir diferents factors que afectin aquesta neuroplasticitat. A grans trets, podem classificar aquests factors en dos grans grups: factors intrínsecs i extrínsecs. Els factors intrínsecs són aquells com les característiques genètiques, la memòria biològica i, en general, les capacitats potencials de cada persona quan neix.

Els factors extrínsecs són principalment ambientals, per tant, les possibilitats que ofereix l'entorn per desenvolupar les pròpies capacitats.

És en aquests factors extrínsecs on hem de situar l'estimulació cognitiva per aconseguir un ambient enriquidor que produeixi un retard del procés de deterioració cerebral.

Diversos autors defensen que la majoria de les persones no esgoten al màxim les seves capacitats i mantenen una reserva no utilitzada, que s'activa en funció de l'entrenament, l'aprenentatge i l'exercici (Baltes, Baltes 1993; Mortimer 1997). Un ambient estimulador afavoreix aquesta capacitat cerebral de millorar el rendiment cognitiu.

No es tracta, no obstant això, de provocar una sobreestimulació desorganitzada, molt negativa per a persones que sofreixen algun tipus de demència, sinó que hem d'aconseguir una estimulació adaptada a les capacitats conservades de cada persona, que permeti activar els recursos encara presents, però sense demanar esforços no assequibles a la persona, que poden produir frustracions i els efectes totalment contraris dels que perseguim.

## **6.1. Usuaris a qui dirigim el projecte**

En primer lloc, les persones afectades per la malaltia d'Alzheimer i altres demències, que estiguin en un procés inicial de la malaltia i que convisquin amb la seva família. És l'inici d'un projecte que pretén anar estenent-se a tot el procés de la deterioració cognitiva i al manteniment i prevenció en persones més grans de seixanta-cinc anys amb mobilitat reduïda moderada-greu.

Aquest és un col·lectiu cada vegada més nombrós, que augmenta de manera important en la nostra societat. La deterioració cognitiva causa que aquestes persones presentin moltes dificultats per mantenir la seva activitat quotidiana.

Els primers símptomes que es detecten són l'oblit de coses quotidianes, dificultat per trobar algunes paraules o recordar noms coneguts, petites deficiències per realitzar activitats de la vida diària. En aquest moment, la persona encara és conscient d'aquests problemes i intenta solucionar-los i fins i tot de vegades ocultar-los.

L'evidència d'aquests canvis en la seva vida és fàcil que el porti a certa desorientació, canvis en la personalitat, pèrdua d'autoestima i és habitual que la persona presenti símptomes de depressió.

En una segona fase, la persona té greus problemes de memòria, desorientacions en el temps i l'espai, és fàcil que es pugui perdre, que no reconegui el seu entorn més proper, que tingui dificultats per expressar-se, per fer les tasques quotidianes, per relacionar-se amb altres persones. Pot començar també a tenir dificultats de motricitat i mobilitat i va perdent progressivament la seva autonomia.

La frustració fa que es deixin de fer activitats que encara no s'han perdut. Mantenir la persona activa, dins de les seves capacitats no perdudes, retarda el procés de la malaltia i millora el seu estat emocional i la seva autoestima.

Un programa d'estimulació cognitiva dissenyat de manera individualitzada ens permet treballar cadascuna de les capacitats de la persona que continuen en bon estat. És necessari treballar de manera sistemàtica els aspectes de la memòria recent, l'orientació en el temps i l'espai, el reconeixement dels objectes i les persones, el llenguatge, la psicomotricitat i la mobilitat.

En segon lloc, el projecte va dirigit als familiars o cuidadors habituals de persones afectades per algun tipus de demència. Com ja hem dit anteriorment, el 85% d'aquests malalts viuen a l'entorn familiar.

Aquests cuidadors habituals es troben amb una realitat quotidiana molt dura i poc reconeguda. Els riscos de claudicació són molt elevats i la llarga durada de la malaltia fa més difícil encara aquest procés.

Les demandes que principalment plantegen els familiars quan es troben de sobte amb el diagnòstic de la malaltia se centren principalment en tres aspectes (Arroyo-Anlló, Thomas, Thomas-Hazif 1999):

L'impacte que suposa assabentar-se del diagnòstic i el rebuig social que suposa habitualment. La pèrdua de la seva vida personal per haver d'estar constantment amb el malalt.

En segon lloc, la falta d'informació operativa sobre la malaltia, és a dir, com evolucionarà, quines característiques la defineixen, com han de tractar la persona malalta, com han de canalitzar les seves actuacions i emocions.

Finalment, la necessitat de formació i preparació específica per oferir les cures específiques que el seu familiar necessitarà en les diferents fases del procés de la malaltia.

El suport per part dels professionals del projecte serà molt important per resoldre aquests problemes. Disposar d'una opinió experta de manera periòdica els permet consultar tots els dubtes que van sorgint.

Incorporar el cuidador durant una part de la sessió d'estimulació ofereix formació referent a la manera de tractar el malalt.

Finalment, adequar el tractament de les activitats que encara pot mantenir fa que el cuidador se senti més bé a causa que manté activa la persona malalta, sense provocar-li frustracions innecessàries.

Finalment, el nostre projecte també va dirigit a associacions de familiars. La falta de respostes per part de la societat ha conduït les famílies afectades per les demències a organitzar-se de manera territorial per buscar recursos, donar-se suport i compartir experiències.

Aquestes associacions actuen com a catalitzadores de diferents processos de millora de les necessitats que presenten les persones afectades per la malaltia i les seves famílies. I pel que fa a les administracions públiques, els diferents equips professionals dedicats a l'assistència i els serveis sanitaris i socials es troben davant una problemàtica no gaire coneguda i amb uns recursos bastant limitats. L'augment d'ofertes, com el projecte que es planteja, per atendre les famílies suposa un increment de les possibilitats que aquests professionals poden utilitzar per fer la seva feina.

## **6.2. Fases de la intervenció**

El projecte planteja diferents fases en la seva execució:

- **Primera entrevista:** Una vegada comencin a arribar les demandes, realitzarem una primera entrevista amb les famílies per informar-les del funcionament de la teràpia, recollir les dades necessàries i fer un primer diagnòstic per avaluar en quin nivell està de la malaltia.

- Entrevista de diagnòstic: Prèviament a qualsevol pla d'estimulació, és necessari fer una avaluació ajustada de les capacitats cognitives de la persona per conèixer el nivell d'evolució de la malaltia i proposar el pla més adequat possible.
- Disseny del pla de treball: Amb tota la informació recollida, dissenyam un pla de treball individualitzat que inclogui les activitats d'estimulació per sessions, les possibles modificacions de l'entorn per millorar l'adaptació de la persona i l'estratègia de treball amb la família per facilitar la seva tasca diària.
- Creació del material de treball: Per adaptar-nos al màxim a la realitat de la persona, treballam amb objectes i material del propi entorn de l'usuari i de la seva vida quotidiana.
- Sessions terapèutiques: Seguint el pla d'estimulació i amb el material necessari, duem a terme les sessions terapèutiques.
- Reavaluació periòdica: Bimensualment realitzam una reavaluació de les diferents capacitats que es treballin amb la persona, per observar l'evolució i oferir una retroacció adequada a la família.

En la fase de diagnòstic realitzam una avaluació integral de la persona. Per a l'avaluació cognitiva existeixen diversos instruments de diagnòstic estandarditzats que ens permeten valorar de manera quantitativa l'estat de conservació de cadascuna de les capacitats cognitives. Existeixen proves de diagnòstic dirigides a l'avaluació d'una àrea concreta i també bateries de proves que inclouen pràcticament totes les àrees.

La utilització d'aquestes proves és rellevant per tenir un punt de partida que ens permeti realitzar un bon programa terapèutic. No obstant això, la capacitat d'aquestes proves per adaptar-se a la realitat de cada persona és limitada i, respecte de la possibilitat de recollir tota la informació complementària sobre la manera en què afecta la malaltia a la vida diària de la persona, la limitació de les proves estandarditzades també és evident.

La valoració cognitiva inclou:

- Avaluació de capacitats cognitives: atenció, memòria, orientació, llenguatge, gnosi, praxi i raonament abstracte.
- Valoració del nivell d'autonomia en la realització de les activitats de la vida diària bàsiques i instrumentals.
- Informació d'aspectes socials: relació amb el seu entorn, suport informal, nivell cultural, història de vida, ocupacions, aficions...

Bateria neuropsicològica:

- Instruments d'avaluació cognitiva (funcions mentals):
- Escala breu d'avaluació cognitiva: valoració global del rendiment.
- Orientació, atenció i concentració.
- Llenguatge: comprensió, expressió, lectura, escriptura, denominació i fluïdesa.
- Memòria i aprenentatge.
- Gnosis i praxis, habilitats perceptuals i visomotors.
- Funcions executives: planificació, organització, flexibilitat mental.

Instruments d'avaluació conductual: símptomes psiquiàtrics, comportament.

Escales funcionals: activitats de la vida diària.

Instruments d'avaluació evolutiva de la deterioració: entrevista a un informador.

D'aquest conjunt de dades en deriva una definició de l'estat cognitiu actual del pacient, un diagnòstic neuropsicològic, que determinarà les capacitats alterades i preservades del pacient i un determinat pronòstic evolutiu.

És rellevant realitzar una detecció precoç, per poder començar a treballar amb els tractaments dels quals avui es disposa i així retardar l'aparició dels símptomes cognitius i conductuals. Les diferències neuropsicològiques entre les diferents formes de demència poden ser observades en estadis primerencs, abans que el procés patològic sigui prou extens com per fer-les desaparèixer.

El que plantejam és l'aplicació de les tècniques d'estimulació cognitiva al domicili de la persona. Això ens ha de permetre fer un disseny d'atenció a la mida de cada cas. Aquest disseny a mida és important que comenci des del primer moment, és a dir, dins de la realització de la valoració inicial.

Aquesta bateria de proves ens permet adaptar les preguntes i les proves a la realitat concreta de cada persona. Amb això podrem fer un seguiment personalitzat de l'evolució de la malaltia i dels resultats de la teràpia.

Durant l'entrevista de diagnòstic recollim les dades de la persona de manera global i ampliam així l'informe de la primera visita. Obrim l'expedient amb les dades personals, informació sobre la família i els cuidadors habituals, característiques del domicili, historial sanitari, dades socials i una primera valoració cognitiva.

En primer lloc, utilitzam la Global Deterioration Scale (GDS) (Reisberg 1982), que ens serà útil per valorar de manera objectiva el moment en què es troba la malaltia. En funció dels resultats, realitzam proves complementàries específiques per realitzar un



diagnòstic neuropsicològic més complet en les àrees en què s'hagin detectat més dèficits (memòria, orientació, atenció i concentració, habilitats lingüístiques, praxis, gnosis i avaluació de l'estat emocional).

També fem avaluació de les AVD bàsiques i instrumentals mitjançant proves específiques i completades amb l'observació d'activitats diagnòstiques per incloure-les en el pla de treball. Per a aquesta avaluació tenim proves estandarditzades que ens ajudaran: per a les AVD bàsiques s'empra l'índex de Barthel i per a les AVD instrumentals, l'índex de Lawton i Brody. Aquestes escales ens permeten observar el nivell d'autonomia que manté la persona i això serà molt important, ja que l'objectiu final de la teràpia és mantenir les capacitats cognitives per mantenir tant de temps com es pugui el màxim nivell d'autonomia.

Les activitats de la vida diària bàsiques i instrumentals són la raó de ser de totes les consultes que es reben, és a dir, allò que realment importa a una persona i a la seva família, no solament perquè les seves capacitats cognitives s'estan deteriorant, sinó perquè aquesta deterioració afecta a la realització de la seva feina, de la seva cura personal i d'altres persones, de les seves relacions personals i socials; en resum, que la pèrdua de memòria, d'atenció... dificulta que la persona segueixi la seva vida quotidiana de manera normal.

Finalment, observarem també si es disposa de proves de neuroimatge que ens podran donar pistes sobre la possible disfunció cerebral i les conseqüències que pot tenir a nivell cognitiu.

Segons Junqué (1994), les disfuncions cerebrals afecten les capacitats cognitives en funció de la zona en què es produeixin.

**Taula 7** | *Alteracions neuropsicològiques segons topografia cerebral en la malaltia d'Alzheimer*

Parietal dret	Parietal esquerra	Temporal dret
- Desorientació espacial	- Desorientació dreta-esquerra	- Desintegració perceptiva
- Apràxia de vestir-se	- Apràxia ideomotriu i ideatòria	
- Apràxia constructiva	- Agrafia	
- Dèficit raonament	- Acalcúlia	
- Visoespacial	- Dèficit raonament abstracte	
Temporal esquerra	Frontal	Sistema límbic
- Anòmia	- Baixa fluència	- Alteracions memòria recent
- Dificultats de comprensió	- Dificultats càlcul mental	- Canvis emocionals
- Acalcúlia	- Canvis comportament social	- Trets psicòtics
- Disgramatisme	- Adinàmia	

Font: C. Junqué (1994)

### 6.3. Pla de treball

Una vegada recollida tota la informació necessària, dissenyarem el pla terapèutic individualitzat que identifiqui les diferents àrees que treballarem, els objectius específics que ens plantejam i que defineixi les activitats d'estimulació per sessions mitjançant les quals assumirem aquests objectius.

En el pla de treball també incloem les possibles modificacions de l'entorn per millorar l'adaptació de la persona i l'estratègia de treball amb els cuidadors formals i informals per facilitar la seva tasca diària. És important compartir aquest procés amb el pacient i el seu entorn per adaptar-lo al màxim a la seva realitat i a les seves necessitats. També hem de fer participar les persones que comparteixen el dia a dia per garantir que l'estimulació es mantindrà de manera continuada, hem de potenciar l'activitat i evitar al mateix temps frustracions innecessàries.

Per establir el pla d'estimulació individual tindrem en compte les proves estàndard que hem passat (GDS, Barthel, Lawton i Brody) com a referència d'estat, però el disseny concret del contingut de les sessions el farem a partir de la informació que obtenim de la Prova de Valoració Cognitiva Individual.

### 6.4. Estructuració de les sessions

Respecte del nombre de sessions setmanals, és indubtable que la teràpia serà més efectiva com més continuada sigui. L'estimulació diària és la situació òptima; no obstant això, pot haver-hi diversos factors a tenir en compte amb vista a valorar aquest punt.

Tenim en compte l'estat d'evolució en què es troba la malaltia, la predisposició i l'interès manifest de la persona, l'existència o no d'altres professionals (cuidadors formals) en l'atenció diària, el nivell de col·laboració que podem tenir de la pròpia persona i dels seus familiars.

Tenint en compte tots aquests aspectes, dissenyam un pla d'intervenció que partirà de la necessitat de treballar, al principi, cinc sessions setmanals, atès que necessitam continuïtat perquè l'efectivitat de la teràpia sigui òptima, però que també es pugui adaptar de manera progressiva en funció de les necessitats i possibilitats del pacient i la seva família, de manera que es pugui plantejar oportunament l'evolució progressiva del nombre de sessions, o anar incloent en la participació els cuidadors, anant a poc a poc al rol del psicòleg menys intervencionista i més coordinador i formador.

Respecte de l'horari, es decideix en funció dels hàbits del pacient i de la disponibilitat del terapeuta. La sessió ha de realitzar-se en un moment del dia en el qual el pacient es trobi descansat, desocupat i que no li suposi deixar de fer res d'interès especial per a ell.

**Taula 8 | Dades sobre afectació de funcions en relació amb el GDS**

Nivell	Atenció	Memòria de Fixació	Memòria d'evocació	Orientació	Llenguatge	Praxi	Càlcul
1	No evidència de déficits subjectius ni objectius	No evidència de déficits subjectius ni objectius	No evidència d'alteracions subjectives ni objectives	No existeix déficit de memòria tempoespacial	No hi ha alteracions objectives	No hi ha canvis objectius ni subjectius	No hi ha canvis objectius ni subjectius
2	Defectes subjectius. Fàcil de distreure's	Evidència de deteriorament subjectiu	Només existeix deteriorament subjectiu	Només existeix deteriorament subjectiu	Dificultat subjectiva per denominar persones i objectes	Pot dibuixar un cub	Pot restar 43 menys 17
3	Apareixen petits errors en la seriació	Déficits para recordar petits detalls. Recorda fets importants recents	Apareixen dificultats per als detalls	Confusió de dues o més hores i tres o més dies respecte de la data actual	Dificultat objectiva per trobar paraules amb interrupcions freqüents	Dificultat per dibuixar el cub amb perspectiva	Pot restar 39 menys 14
4	Déficit moderat per a la seriació de números	No recorda fets importants de la setmana anterior	Déficits clars per trobar fets cronològicament	Confusió en els dies (10 dies o més) i el mes actual	Dificultats en la verbalització evidents per als familiars, però no tant durant l'entrevista	No pot dibuixar el cub. Pot dibuixar un rectangle.	Pot restar 15 menys 6
5	Deficiències importants en les sèries de números i mesos cap enrere	Inseguretat en la situació temporal i espacial dels fets recents	No pot recordar fets importants del seu passat	Dubtes sobre el mes, l'any, l'estació, i sobre el lloc on es troba	Llenguatge pobre, evidència durant l'entrevista. Pot completar un refrany	Pot dibuixar dos cercles concèntrics	Pot restar 9 menys 4
6	Oblida la consigna. Compta cap endavant encara que se li demana cap enrere	Ocasionalment recorda fets recents. Desorientació tempoespacial greu o total	Mantén alguns records, país, nom dels pares	No coneix la data. Sap qui és la seva parella però no el nom. Recorda el seu propi nom	Respostes amb una o dues paraules	Pot dibuixar un cercle, una línia	Pot sumar 8 més 7 i 13 més 1
7	Clara dificultat per comptar d'un en un fins a deu	Desconeixement de fets recents	Pèrdua total	No reconeix la seva parella. Pot presentar inseguretats per saber el seu propi nom	Pèrdua quasi total del llenguatge. Logorrea, es limita a fer renous o cridar	No és capaç d'escriure res, però agafa correctament el llapis	Acalculia total o freqüent

Font: Reiseberg [et al.] (1983). Modificada per Tàrraga (1999)

Respecte del contingut de les sessions, ve marcat per les capacitats cognitives que treballarem. De manera general, tindrem en compte que les capacitats que treballarem seran les que la persona tingui més ben conservades.

Les diferents capacitats les treballarem en les sessions d'estimulació i, també, mitjançant la col·laboració dels cuidadors formals i informals, durant l'activitat quotidiana de la persona.

Les diferents tècniques que empram estan dirigides a estimular una capacitat concreta de manera específica, però no exclusiva, és a dir, totes impliquen la utilització de diverses, sinó totes, les capacitats cognitives.

L'orientació i la memòria són capacitats bàsiques per treballar la resta. Per aquesta raó, les treballarem a l'inici de totes les sessions; la resta de capacitats les anirem treballant periòdicament, sempre tenint en compte que les capacitats que s'hagin perdut no les estimularem perquè no podem recuperar-les i la seva estimulació pot provocar en la persona frustracions innecessàries.

Les capacitats que estan més minvades s'intenten suplir mitjançant recursos externs i l'adaptació adequada de l'entorn per intentar millorar la qualitat de vida de la persona. A continuació, desenvoluparem les diferents tècniques que utilitzarem per a l'estimulació cognitiva.

## Orientació

Ens basam en les tècniques d'orientació de la realitat (ROT), ja que hi ha estudis (Bailey [et al.] 1986; Baines 1987; entre altres) que demostren millores manifestes en pacients amb demència que han estat entrenats amb tècniques ROT. D'altra banda, autors com Woodrow (1998) defensen que aquestes tècniques promouen la passivitat i creen un cert sentiment de desemparament. Per evitar això, treballam utilitzant també l'estimulació de l'ambient, tot afavorint sensacions satisfactòries en la persona, que millorin la seva qualitat de vida.

Treballam l'orientació temporal mitjançant l'estructuració temporal de les sessions, els temes d'actualitat social, els aspectes culturals del temps, les celebracions personals, la climatologia...

Per a l'orientació espacial utilitzam descripcions de cada estança del domicili, viatges virtuals (què he de fer per anar a...?)...

L'orientació personal l'estimulam mitjançant descripcions de persones conegudes, familiars, àlbums de fotos...

## Atenció i memòria

Demanarem al pacient que, sense mirar el terapeuta, descrigui quina roba porta aquest. Demanarem un relat detallat de les coses que va fer ell mateix el dia anterior. Treballarem amb una agenda amb les cites i actes importants que el pacient tingui i també treballarem una biografia de la persona, tot intentant recórrer els moments més contemporanis al principi i anar cap enrere en el temps.

També podem utilitzar periòdicament material editat com les llistes de paraules, els jocs d'imatges amagades, la cerca de diferències entre dues fotos o dibuixos...

## Llenguatge

El llenguatge espontani el treballam mitjançant els relats de la persona, valorant la correcció sintàctica, si utilitza frases llargues o curtes, i la riquesa de vocabulari. Utilitzam l'àlbum de fotos familiar i algun altre material fotogràfic, demanam descripcions de les fotos. Les descripcions del seu entorn o del que veu des de la finestra també ens seran útils per estimular el llenguatge.

Per a la fluïdesa verbal, fem sèries categorials mitjançant la relació d'objectes de la seva pròpia casa, aliments i condiments. Demanarem també la denominació i la descripció d'aquests objectes quotidians.

La denominació l'estimulam mitjançant objectes quotidians del seu entorn i fotos d'objectes i persones. Utilitzam també definicions en les quals hagi de trobar la paraula adequada, mots encreuats i autodefinits.

Treballam la comprensió amb ordres simples, semicomplexes i complexes adaptades a les característiques de la persona.

Demanam al pacient que llegeixi articles del periòdic, contes o llegendes curtes, frases i llistes de paraules.

La biografia que confeccionam per a l'estimulació de la memòria, la fem per escrit, si les habilitats de la persona ho permeten, per potenciar també l'escriptura.

## Praxis

Per a les praxis ideatòries treballarem de manera especial les activitats de la vida diària. Demanam que els cuidadors deixin fer a la persona totes les activitats quotidianes que sigui capaç de fer per si mateixa (higiene, vestir-se, manteniment de la casa, cuina, compres).

Les praxis ideatòries i ideomotrius les treballam mitjançant la imitació de gestos i moviments, exercicis de psicomotricitat i representacions amb mímica.

En les sessions aprofitam si la persona té una afició en la qual s'apliquin praxis ideomotrius i constructives (modelisme, ganxet, cosir, modelar argila, fer puzles, construcció amb peces) per treballar amb això. Si la persona no té cap d'aquests entreteniments, valoram la possibilitat d'iniciar-la en algun.

## Gnosis

Utilitzam fotos i objectes reals per a les gnosis visuals. Tant podem usar fotos pròpies de la persona com material editat. Les revistes d'actualitat, la publicitat impresa de supermercats, d'agències de viatge, llibres i vídeos de llocs de la ciutat, el país i la resta del món també ens serveixen per treballar el reconeixement visual.

Les gnosis tàctils i auditives les treballarem amb objectes quotidians com fruites, plantes, textura de robes, reconeixement de cançons i autors musicals.

## Càlcul

El càlcul, igual que el llenguatge, és una capacitat que cal treballar en funció del nivell cultural previ de la persona.

Plantejam operacions aritmètiques, sèries numèriques i càlcul mental mitjançant dates de naixement de persones volgudes, fets familiars i històrics...

En un segon nivell treballam amb objectes quotidians els conceptes de quantitat, volum, capacitat, pes i valor econòmic.

## 6.5. Material de treball

Per adaptar-nos al màxim a la realitat de la persona, treballam amb objectes i material de l'entorn de l'usuari i de la seva vida quotidiana.

Complementam aquest material amb eines i instruments de treball d'estimulació cognitiva que es comercialitzen específicament per a aquesta tasca i que ens permeten treballar aspectes concrets de la cognició que d'una altra manera seria molt més complicat treballar.

Per a cada capacitat cognitiva concreta, utilitzam un material concret procedent de l'entorn o dissenyat específicament, amb el qual reforçam els exercicis per a cada àrea cognitiva.

No obstant això, hem de tenir present que els diferents materials i exercicis treballen específicament una àrea cognitiva concreta, però no de manera exclusiva. És a dir, que amb qualsevol dels exercicis treballam diverses àrees cognitives, per tant, això cal tenir-ho en compte per a la combinació de matèries en el pla terapèutic.

**Taula 9 | Materials per treballar les diferents àrees cognitives**

Orientació	Atenció	Memòria	Llenguatge
Periòdic Calendari Rellotges Fotos del barri	Sèries de números Laberints Periòdic, novel·les Dibuix diferències	Agenda - Diari personal - Joc de parelles - Llista de paraules	Fotos descriptives Jocs de paraules Cintes de so i vídeo Taules categories
Praxis	Gnòsis	Càlcul	
Fruïta i verdura Roba de la casa Dibuix incomplet Puzles	Àlbum fotos familiar Revistes Targetes d'objectes Targetes d'accions	Jocs amb números Calendari dates Fulls de problemes	

## 6.6. Sessions terapèutiques

Sessions terapèutiques: Seguint el pla d'estimulació i amb el material necessari, duem a terme les sessions terapèutiques. Es plantegen cinc sessions setmanals de quaranta-cinc minuts de durada amb la persona malalta i tres sessions de trenta minuts amb el cuidador principal i el pacient.

Durant la primera part es treballen els aspectes més cognitius i es prioritzen els que s'hagin avaluat com a més ben conservats. Dividim les sessions per treballar diferents capacitats cognitives i incorporam de manera programada les diferents capacitats en diferents sessions.

Totes les sessions mantenen un ordre de treball estable en les diferents sessions per evitar la desorientació i la pèrdua de continuïtat entre sessions.

En la segona part treballam aspectes de la vida diària i la manera en què la família pot millorar les diferents conductes i emocions. És important treballar tant els sentiments i conductes del malalt com els dels familiars que hi mantenen contacte habitual.

Ens interessa que els cuidadors habituals mantinguin una coherència entre el treball terapèutic que estam fent i l'atenció quotidiana que es dona a la persona, per evitar efectes contradictoris entre les diferents intervencions.

A més de les tècniques que ja hem descrit en apartats anteriors, també incloem sessions periòdiques de psicomotricitat, musicoteràpia i relaxació que ens permetran treballar l'orientació, la memòria, el llenguatge, les praxis i les gnosis.

D'altra banda, i encara que en el present document no es desenvolupa a causa que no n'és l'objecte principal, també tractam durant la intervenció molts altres aspectes de la persona que també es veuen afectats per la malaltia. Aquests aspectes són les emocions, el comportament, la comunicació, l'alimentació, les alteracions del son i l'entorn protèsic, entre altres.

Els aspectes emocionals que acompanyen les demències són evidents tant en la persona malalta com en el seu entorn familiar i social. El procés d'evolució d'una malaltia cognitiva degenerativa suposa un procés de dol constant, atès que provoca un procés de pèrdua constant. Al principi, es perd la capacitat de fer certes activitats quotidianes, això comporta una pèrdua progressiva d'autonomia i independència, i finalment, quan l'amnèsia i l'agnòsia són totals, la persona malalta perd els seus éssers estimats perquè no els recorda, i aquests perden al malalt perquè s'ha convertit en una persona diferent.

Tot això exigeix la necessitat d'atendre els aspectes emocionals de manera molt especial, tractant d'aconseguir, sobretot en els familiars, una relació emocional basada en el present i conscient dels canvis que s'aniran produint, però essent conscients que és possible mantenir durant molt de temps una bona qualitat de vida.

El comportament també pot veure's afectat per la malaltia. L'aparició de conductes inadequades o impròpies de la persona abans d'iniciar la malaltia són habituals i molt preocupants per a la família.

Han de ser tractades en el context de la malaltia, entendre-les com a conseqüència inevitable de la pèrdua de les capacitats cognitives que ens permeten la conducta personal i social. Sense perdre això de vista, es poden utilitzar teràpies convencionals, així com teràpia farmacològica en cas de conductes agressives, autolesives i psicòtiques.

En aquest procés la comunicació és essencial. Hem de recordar que la comunicació es torna més lenta. És necessari repetir freqüentment el mateix missatge, sense garanties que faci efecte. S'aconsella acompanyar el llenguatge oral amb gests i contacte físic.

L'alimentació també pot veure's alterada tant a nivell fisiològic com en els hàbits alimentaris. És adequat recordar i identificar clarament els moments de menjar, augmentar el nombre de menjades amb quantitats més petites i sobretot mantenir els aspectes culturals de l'alimentació com un moment de relació social molt important.



L'insomni o les alteracions del son és una altra problemàtica que se sol produir i que pot suposar un trastorn important en el nucli familiar. Aquest insomni es pot produir per diversos factors (apnea, dolor, efecte de fàrmacs, alteracions bioquímiques, dormir de dia); en funció d'una causa o d'una altra s'actuarà en conseqüència. És bo mantenir una rutina i un ambient afavoridor per al somni.

L'entorn físic exerceix una gran influència sobre el desenvolupament general de les persones que sofreixen una demència. La disminució d'estímuls ambientals, els canvis de domicili, la falta d'intimitat, les dificultats per moure's en el seu entorn habitual intervenen molt negativament en el desenvolupament de la malaltia.

Lindsley (1964) identifica aquest entorn protèsic que potencia i accelera els efectes de la malaltia i que ha de compensar-se amb tot tipus d'ajudes que promoguin l'autonomia, que s'incorporaran en el moment en què el pacient les necessiti i no abans.

Finalment, volem destacar que el present projecte no és un servei aïllat, sinó que s'enquadra en el paquet de serveis d'atenció domiciliària.

Per aquesta raó, hem de tenir en compte que podem disposar de tots els recursos necessaris per poder fer una atenció global. És a dir, disposam de professionals (metges, infermeria, teràpia ocupacional, fisioteràpia, treballadors socials i cuidadors, entre altres) i recursos materials (teleassistència, alarmes complementàries i ajudes tècniques) que poden permetre'ns atendre les diverses necessitats que puguin tenir les famílies durant el procés d'evolució de la malaltia.

## 6.7. Reavaluació periòdica

Bimensualment convé realitzar una reavaluació de les diferents capacitats que es treballin amb la persona, per observar l'evolució i oferir una retroacció adequada a la família.

Aquesta reavaluació ens permet valorar la nova situació per mantenir o modificar el pla de treball i així adequar-lo a la realitat canviant del procés d'evolució de la malaltia. Atès que ens enfrontam a un dany cerebral no estable sinó progressiu, la intervenció terapèutica tampoc no pot ser estable, sinó que ha d'adaptar-se al procés de la malaltia.

En la mesura que la intervenció sigui positiva, i les capacitats cognitives es mantinguin el màxim temps possible, la reavaluació periòdica també tindrà efectes terapèutics, tant en el pacient com sobretot en la família, que veurà que el progrés de la malaltia s'alenteix i la qualitat de vida de la persona es manté en les més bones condicions possibles.

## 6.8. Valoració terapèutica

Consideram de gran importància poder valorar de manera preestablerta els resultats que aconseguim amb la intervenció i el grau de consecució dels objectius plantejats. Hem d'observar els resultats de l'evolució del malalt, de manera objectiva amb dades quantitatives, i de manera subjectiva amb l'entrevista als familiars.

Existeixen diversos estudis que valoren les pèrdues que sofreixen les persones afectades per la malaltia d'Alzheimer, en els quals ens podem basar per comparar l'evolució que fa la persona que rep la nostra intervenció amb la que hauria de fer segons les previsions. Per fer aquesta comparació podem utilitzar els estudis de diversos autors.

**Taula 10** | *Estudis de valoració de la reducció en el MMSE per a la malaltia d'Alzheimer durant un any d'evolució de la malaltia.*

Autor	Nre. subjectes de la prova	Reducció MMSE
Uhlman [et al.] 1996	120	2,2
Becker [et al.] 1988	44	1,8
Yesavage [et al.] 1988	33	4,2
Salomon [et al.] 1991	106	2,8
Burns [et al.] 1994	85	3,5

També hem de poder valorar el grau de satisfacció tant de la persona que rep la teràpia com de la persona que la cuida habitualment i valorar si estam aconseguint realment millorar les condicions de vida de tota la família.

Aquesta valoració la podem fer mitjançant la comparació dels resultats de les proves realitzades al principi del tractament i al final del primer any després d'iniciar-lo.

## 6.9. Control de qualitat i grau de satisfacció

Un aspecte prioritari de qualsevol servei d'intervenció amb persones és poder rebre periòdicament la retroacció del client que el rep, ja que ens permet millorar-ne la qualitat.

Cada mes és adequat fer un control de qualitat aplicat a aquest servei d'estimulació cognitiva a domicili.

Periòdicament (d'un a sis mesos segons la velocitat d'invulsió de la persona) demanarem a la família que ens respongui l'enquesta de qualitat, la qual ens servirà per modificar els aspectes millorables.

D'altra banda, conèixer el grau de satisfacció respecte del resultat de la teràpia és molt important per donar un contingut qualitatiu a l'avaluació del projecte.

Aproximadament cada tres mesos es passa una enquesta de valoració del grau de satisfacció, coincidint amb la reavaluació cognitiva que ens permetrà comparar els resultats d'aquesta i l'opinió que els familiars tenen respecte de la teràpia.

## Referències bibliogràfiques

Agüera, L. F. (1998): *Demencia. Una aproximación práctica*. Barcelona: Masson.

Alberca, R. (1999): *Demencias: diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.

Alberca, R. (1998): *Demencias: diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Arroyo-Anlló, E. M. (1999): «Quejas y límites familiares en el cuidado de los enfermos de "Alzheimer"». *Revista española de Geriátria y Gerontología*, setembre-octubre, vol. 34, pàg. 289-297.

Baldelli M. V. [et al.] (1993): «Effects of reality orientation therapy on elderly patients in the community». *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 17, pàg. 211-218.

Barreto, M. P.; Martínez, E. (2000): *Capítulo 25. Cuidados paliativos*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Belsky, J. K. (2001): *Capítulo 1. Las personas y el campo de estudio*. A: *Psicología del envejecimiento*, pàg. 1-24. Madrid: Paraninfo.

Belsky, J. K. (2001): *Capítulo 3. Envejecimiento normal y prevención de enfermedades*. A: *Psicología del envejecimiento*, pàg. 86-96. Madrid: Paraninfo.

Belsky, J. K. (2001): *Capítulo 5. Enfermedad, discapacidad y atención sanitaria*. A: *Psicología del envejecimiento*, pàg. 131-149. Madrid: Paraninfo.

Belsky, J. K. (2001): *Capítulo 7. La memoria y la demencia*. A: *Psicología del envejecimiento*, pàg. 212-227. Madrid: Paraninfo.

Belsky, J. K. (2001): *Capítulo 9. Psicopatología*. A: *Psicología del envejecimiento*, pàg. 263-294. Madrid: Paraninfo.

Boada, M.; Selmes, M. A. (1991): *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias afines a debate*. Conferència System Barcelona 1991.

Boada, M.; Tàrraga, L. (2000): *Capítulo 24. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias y su tratamiento integral*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Boada, M.; Tàrraga, L. (2002): *Alzheimer. La memoria está en los besos*. Barcelona: Mayo.

BOE 299, 15/12/2006. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

Brannon, L.; Feist, J. (2000): *Capítulo 11. Enfermedades crónicas*. A: *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.

Calero, M. D. (2000): *Capítulo 7. Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Casado, D. (1970): *Introducción a los servicios sociales*. Madrid: Acebo, pàg. 54.

Castro, A. [et al.] (1998): *La enfermedad de Parkinson y la vida cotidiana*. Majadahonda: Ergón.

Del Ser Quijano, T.; Peña-Casanova, J.(1994): *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J. R. Prous.

Fundació Mapfre Medicina (1997): *Daño cerebral y calidad de vida: demencias*.

IMSERO (1998): *Cuidados en la vejez, el apoyo informal*. Madrid: Ministeri de Treball i Afers Socials.

Fernández-Ballesteros, R. [et al.] (1992): *Capítulo 1. La vejez en la sociedad actual*. A: *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, pàg. 17-29. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M. [et al.] (1992): *Capítulo 3. Evaluación e intervención en el funcionamiento cognitivo: La memoria*. A: *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, pàg. 75-108. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R. (2000): *Capítulo 1. Gerontología social. Una introducción*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

García, E. (2000): *Capítulo 20. Prevención y promoción en salud en la vejez*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Gómez, Xavier.(1996): *Diez años del programa «Vida als Anys»*. Barcelona: Servei Català de la Salut.

Gómez J. [et al.] (2007): I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Ministeri de Sanitat i Consum.

Gómez, E. [et al.] (1999): «Detección temprana y predictiva de la demencia: índices electrofisiológicos y cognoscitivos». *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, vol. 1, abril.

González, R. (2000): *Enfermedad de Alzheimer. Clínica, Tratamiento, Rehabilitación*. Barcelona: Masson.

Grupo de trabajo interinstitucional y multiprofesional (2010): *Mejora del diseño del SAD*. Madrid: Asade.

Hitch, S. (1994): «Cognitive therapy as a tool for caring for the elderly confused person». *Journal of Clinical Nursing*, 3, pàg. 49-55.

Jódar, M. [et al.] (1996): «Does an integral stimulation retard cognitive deterioration in dementia?». *Journal of the international neuropsychological society*, 2, 195.

Jódar, M. (1999): *Estimulación cognitiva*. En premsa.

Jones, A. (1995): «How effective is reality orientation for elderly, confused patients?». *British Journal of Nursing*, vol. 4, núm. 9, pàg. 519-525.

Jorm, A. F.(1994): *La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos afines*. Madrid: Fundación Caja Madrid.

Junqué, C.; Barroso, J. (1999): *Neuropsicología*. Madrid: Síntesis.

Junqué, C.; Jurado, M. A. (1994): *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez Roca.

Katz, N. [et al.] (1992): *Cognitive Rehabilitation*. Boston: Andover Medical Publishers.

Kold, B.; Whishaw, I. Q. (1986): *Fundamentos de neuropsicología humana*. Barcelona: Labor.

IMSERSO: *Las personas mayores en España. Informe 2008*. <<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/capitulo-5.html>> (12 de juny de 2009).

Martínez, A. (2000): *Capítulo 12. Aspectos legales y consideraciones éticas básicas relacionadas con las personas mayores*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Medina, J. (1997): «Biología del envejecimiento». *Investigación y Ciencia*, pàg. 219 i següents.

Micheli, F.; Scorticati, M. C. (2000): *Convivir con la enfermedad de Parkinson*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Morris, R. G. [et al.] (1996): *The cognitive neuropsychology of Alzheimer-type dementia*. Nova York: Oxford University Press.

Peña-Casanova, J. (1999): *Fundamentos y principios generales de la intervención en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Fundació la Caixa.

ONU (2002): II Assemblea Mundial sobre l'Envelliment: Pla d'Acció Internacional.

Rodríguez, L. (2000): *Capítulo 5. Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Ruipérez, I. (2000): *Capítulo 16. Escalas de valoración en contextos geriátricos*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Servei Català de la Salut (1994): *El model d'atenció socio-sanitària a Catalunya*. Barcelona: Servei Català de la Salut.

Servei Català de la Salut (1998): *Els trastorns cognitius i de la conducta en l'atenció socio-sanitària*. Barcelona: Servei Català de la Salut.

Slachevsky, A.; Oyarzo, F. (2008): *Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica*. A: Labos, E. [et al]: *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia.

Tàrraga, L.; Boada, M. (1999): *Volver a empezar*. Barcelona: Fundació Ace.

Timiras, P. S. (1997): *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría*. Barcelona: Masson.

Vega, J. L.; Bueno, B. (1996): *Atención, aprendizaje y memoria*. A: *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.

Verdugo, M. A.; Gutiérrez-Bermejo, B. (2000): *Promoción de la autonomía*. A: Montorio, I.; Izal, M. (ed.) (1998): *Intervención psicológica en la vejez: Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*, pàg. 43-59. Madrid: Síntesis.

Vilajoana, J. C. (1997): «L'impacte de la cronicitat patològica en els nuclis familiars». *Alzheimer Catalunya*, núm. 9, setembre, pàg. 3-5.

Vinuesa, J.; Moreno Jiménez, A. (2000): *Capítulo 2. Sociodemografía*. A: Fernández-Ballesteros, R. (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Vizcaíno, J. (1997): *El proceso de ordenación de los servicios de Bienestar Social en el Ayuntamiento de Barcelona*. En premsa.



## Autors

### TERESA JAUDENES GUAL DE TORRELLA

Palma. Llicenciada en Psicologia per la UIB. Especialista Universitària en Gerontologia i Especialista Universitària en Gestió de Qualitat en Serveis Socials per la UIB.

Directora del servei d'atenció a domicili per a persones grans i amb dependència DEPENDENTIA. Psicòloga del Servei de Protecció al Menor i Atenció a la Família de l'IMAS. Membre del grup de treball de qualitat de la SEGG i col·laboració amb el grup de treball de qualitat de la SEGG: Cent recomanacions de qualitat per als centres de dia. Vocal de la Vocalia d'envelliment del COPIB. Ha treballat com a directora de la Llar d'Avinguda Argentina, centre de dia per a persones grans, de l'IBAS. Ha estat responsable autonòmica del servei de teleassistència de la Creu Roja i del servei públic de teleassistència mòbil per a dones víctimes de violència de gènere de les Illes Balears. Ha estat directora de residència de persones grans. Ha impartit diferents cursos de gerontologia a professionals socio-sanitaris.

### ENRIQUE GÓMEZ PRIETO

Barcelona. Llicenciat en Psicologia per la Universitat de Barcelona. Màster en Psicologia i Envel·liment per la Universitat Autònoma de Barcelona.

Director tècnic de Dependència-Grup Atlàntida, serveis d'atenció a la dependència. Ha estat director de desenvolupament de Ramperson-Grup Ramel, atenció personal domiciliària, i cap de projecte de la Creu Roja a Barcelona. Ha format part de projectes de gent gran i atenció a domicili. Docent de cursos per a professionals socio-sanitaris, tutor d'alumnes de pràcticum de Psicologia de la UB, UAB i UOC i tutor d'estudis de Psicologia de la Universitat Oberta de Catalunya.

### ANTÒNIA VIDAL ARBÓS

Palma. Llicenciada en Psicologia per la UIB (juny 2005). Ha treballat a Servicios de teleasistencia, SA, i ha realitzat pràctiques a Mente (centre de dia i atenció neuropsicològica).

**CIUTATS AMIGABLES AMB  
LES PERSONES GRANS A PARTIR DE LA  
NORMATIVA DE L'OMS**

---

## **Ciutats amigables amb les persones grans a partir de la normativa de l'OMS**

Margalida Vives Barceló

---

## Resum

La societat d'avui dia està marcada per diverses característiques, dues de les quals són l'envelliment de la població i la urbanització. Aquests dos fenòmens de la nostra societat fan que, des de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), s'impulsés ara fa uns quants anys un projecte d'àmbit mundial: Ciutats amigables per a les persones grans.

Aquest projecte pretén donar una resposta global a les demandes que generen aquests dos fenòmens i, alhora, dotar d'independència, de seguretat i de participació activa les persones grans dins les seves ciutats per tal de poder aconseguir, per a cadascuna d'aquestes persones un envelliment actiu, d'èxit.

El capítol descriu, en un primer moment, les dades que sustenten la nostra afirmació i, posteriorment, fa una presentació de les propostes més significatives de cada una de les àrees que fan que una ciutat sigui amigable per a les persones grans.

## Resumen

La sociedad de nuestros días está determinada por diversas características, dos de las cuales son el envejecimiento de la población y la urbanización. Estos dos fenómenos de nuestra sociedad han propiciado que, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se impulsara hace unos años un proyecto a escala mundial: Ciudades amigables para las personas mayores.

Este proyecto pretende dar una respuesta global a las demandas que generan estos dos fenómenos y, al mismo tiempo, dotar de independencia, de seguridad y de participación activa a las personas mayores, con el objetivo de conseguir, en cada una de las personas, un envejecimiento activo, de éxito.

El capítulo describe, en un primer momento, los datos que sustentan nuestra afirmación y, posteriormente, realiza una presentación de las propuestas más significativas de cada una de las áreas que hacen que una ciudad sea amigable para las personas mayores.

---

## 1. El projecte mundial Ciutats amigables per a les persones grans

Parlar de ciutats amigables és parlar d'una iniciativa que cada vegada té més rellevància mundial. Alguns autors la vinculen directament a l'envelliment actiu, és a dir, a la idea d'establir un camí per poder desenvolupar les oportunitats de salut, de participació i de seguretat a mesura que les persones grans envelleixen dins el seu entorn (Lirio et al 2009). Sancho i Del Barrio (2010) també hi afegeixen la variable independència per a les persones

grans, així com el fet que una ciutat amigable per a les persones grans també serà una ciutat amigable per a persones de totes les edats.

Entre els motius principals que podem destacar com a origen d'aquesta proposta internacional, podem parlar de dos motius quantitius i un de qualitatiu. En el primer grup trobam el progressiu envelliment de la població. De sobres són conegudes les dades que es publiquen en l'àmbit internacional i nacional sobre l'envelliment accelerat de la població; per esmentar sols una dada, el 2008 eren ja més de set milions i mig les persones més grans de seixanta-cinc anys (IMERSO 2009), mentre que les estimacions que fa aquesta mateixa font auguren que el 2060 en seran unes 15.679.878. Segons el *Boletín sobre el Envejecimiento* (2009, 2), tots els continents augmentaran la seva població de persones més grans de seixanta-cinc anys cap a l'any 2050 al voltant d'un 10,6% (a excepció d'Àfrica que sols ho farà un 3,5%). A Amèrica Llatina i el Carib (amb un 12,2%) i a Europa (amb un 11,7%) serà on més augmentarà aquesta població.

També cal destacar que a Europa serà on més població de persones grans hi haurà el 2050, i aquest col·lectiu serà el 27,6% de la població total europea. No sols hem de tenir en compte que hi haurà més persones grans, sinó també les seves característiques. No hem d'oblidar, per exemple, que la incorporació de la dona a la feina ha estat un fet molt important, que farà, per una banda, que les persones grans contribueixin directament a la cura dels néts, dedicant-hi temps i habilitats i, per l'altra, que aquestes dones ja comencin a formar part del col·lectiu de persones més grans de seixanta-cinc anys. Per tant, s'ha de tenir present en les polítiques i recursos que es generin per a aquest col·lectiu.

El segon motiu que ha portat a fer realitat aquest projecte és que més de la meitat de persones més grans de seixanta-cinc anys viuen a les ciutats, fet que tindrà un impacte obligat en les polítiques locals. Seguint les dades recollides per l'Institut Nacional d'Estadística (INE) el 2005 (Sancho i Del Barrio 2009, 2), set de cada deu persones grans ja viuen actualment en poblacions de més de 10.000 habitants, mentre que s'estima que el 2030 un 81,7% sigui població urbana (el 1950 n'era sols un 61,8%).

Hem d'entendre que, en termes generals, una ciutat comporta un seguit d'avantatges i d'inconvenients per als seus ciutadans. Un dels avantatges és el fet de poder disposar de més serveis i recursos que en un entorn rural. En canvi, viure en una gran ciutat també pot comportar un cert anonim, un aïllament de l'entorn, per exemple, respecte dels mateixos veïns d'un edifici, fet que no sol ocórrer en un poble. Aquest fet afecta directament la qualitat de les xarxes socials de les persones. Dins d'aquestes xarxes, tampoc hem d'oblidar la qüestió de la seguretat, que serà un dels factors clau en diverses àrees de les ciutats amigables.

Així doncs, es tractava de donar una resposta adaptada a aquesta característica de la societat tenint en compte, evidentment, un factor qualitatiu importantíssim: la participació

activa d'aquest col·lectiu. Aquest tercer motiu és el que impulsa a la creació de les ciutats amigables, i està totalment justificat per les polítiques relacionades amb l'envelliment actiu que també el sustenten i, alhora, amb un fet totalment lògic perquè un projecte tingui èxit, és a dir, ha de comptar amb la participació activa i protagonista dels agents subjectes del projecte. Així doncs, les persones grans seran les autèntiques protagonistes de qualsevol canvi relacionat amb les ciutats amigables per a persones grans, i es tindran en compte tant les seves opinions, com necessitats, percepcions, etc.

Per a l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (2007) «una ciutat amigable amb les persones grans anima a l'envelliment actiu mitjançant l'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat, amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envelleixen».

Per a la ciutat de Pemberton, la ciutat amigable és aquella que promou l'envelliment actiu, que reconeix la gran diversitat dins del col·lectiu de persones grans, que en respecta les decisions i els estils de vida, que ajuda a la prevenció de l'envelliment i que garanteix serveis, polítiques i estructures que permeten un ple desenvolupament individual i social de les persones grans.

A hores d'ara, doncs, la relació entre les ciutats amigables per a persones grans i l'envelliment actiu és més que evident: el projecte de ciutats amigables neix abraçat pel concepte d'envelliment actiu, en concret de com posar-lo en pràctica, ja que, recordem que segons l'OMS (2002) es tracta del «procés pel qual **s'optimitzen** les oportunitats del benestar **físic, social i mental** durant **tota la vida** amb l'objectiu d'ampliar l'esperança de vida saludable, la productivitat i la qualitat de vida a la vellesa» (IMSERO 2001, 15).

Així doncs, la necessitat de la creació del projecte és evident: per una banda, hem d'aconseguir treballar els buits (especialment socials) que genera l'anonimat a les ciutats, i per l'altra, hem de donar forma real a la política de l'envelliment actiu. En aquest procés hi haurà una paraula clau: inclusió. La inclusió, segons l'informe de Londres, requereix el reconeixement de la gran heterogeneïtat del col·lectiu de persones grans, la necessitat de promocionar la inclusió dels ciutadans a tots els àmbits urbans, respectant les decisions i els estils de vida de cadascun i, al mateix temps, d'una anticipació de les seves futures demandes, necessitats i preferències.

## 2. Objectius

Les persones grans seran les vertaderes protagonistes del projecte. Es tracta, doncs, d'aprofitar al màxim el seu potencial, ja que especialment als països mediterranis aquest es configura com un recurs molt valorat per la família, la comunitat i com a ajuda directa

o indirecta a l'economia (sia a través del voluntariat, de la cura dels néts o del treball remunerat).

El projecte, doncs, descriu tres objectius principals (Sancho i Del Barrio 2009, 3):

- Generar processos de participació comunitària.
- Introduir canvis a les diferents àrees competencials del municipi per millorar la qualitat de vida dels seus ciutadans.
- Aprofitar el potencial que representen les persones grans en la vida ciutadana.

D'altra banda, no hem d'oblidar els grans beneficis en tots els àmbits (físics, psíquics i socials) que comporta un envelliment actiu, i cal recordar que consisteix a potenciar totes les àrees: gènere i cultura, factors econòmics, factors de l'entorn físic, sistema sanitari i social, factors comportamentals i factors de l'ambient social. Totes aquestes àrees es treballen i es potencien directament a través del projecte de Ciutats amigables per a les persones grans.

Evidentment, aquests objectius estan destinats principalment a les persones grans, emperò, com podem comprovar més envant amb les propostes realitzades, aquestes millores, adaptacions, propostes... són també beneficis per a tots els ciutadans. No sols pel moment en què ens trobem, sinó pel fet que, si tenim en compte els models de Marton exposat al 2001 (citats a Sancho i del Barrio, 2009), entenent que el bon procés d'envelliment comença a la infància a través de l'adquisició i consolidació d'hàbits saludables, la creació d'oportunitats per fer-ho també serà un benefici a llarg termini per als col·lectius de joves ciutadans que viuen en ciutats amigables per a les persones grans.

Al mateix temps, també comporta un objectiu directe per a les ciutats, ja que la seva metodologia permet fer una anàlisi completa dels punts forts i les debilitats que tenen per endinsar-se en un procés de millora contínua per als ciutadans, especialment per a les persones grans.

No hem d'oblidar que, tal com assenyala l'informe de Londres, aquest projecte també té un objectiu per l'OMS: identificar indicadors concrets de ciutats amigables i produir una guia per al desenvolupament comunitari de promoció, per tal de poder canviar les polítiques i així convertir les comunitats en zones amigables per a les persones grans.

### 3. Situació actual. Ciutats amigables

L'origen del projecte se situa en el XVII Congrés Mundial de l'Associació Internacional de Gerontologia i Geriatria (Rio de Janeiro, Brasil, 2005), en què es creà el document Guia per iniciar el procediment perquè una ciutat es converteixi en ciutat amigable. Posteriorment

aquest document es va anar elaborant en els dos anys posteriors, a Vancouver (Canadà, 2006) i a Londres (Anglaterra, 2007). Després de la guia elaborada al Brasil, la cita al Canadà comportà el Protocol de Vancouver, document que totes les ciutats van seguir i en què hi ha la metodologia d'investigació-acció.

A la taula següent podem observar el nombre de ciutats amigables per a les persones grans del 2007 (OMS), que ens dóna una idea de la globalitat i l'extensió mundial d'aquest projecte.

**Taula 1** | *Ciutats amigables per a les persones grans, 2007*

<b>AMÈRICA</b>	
La Plata, Argentina	Rio de Janeiro, Brasil
Halifax, Canadà	Saanich, Canadà
Sherbrooke (Quebec), Canadà	San José, Costa Rica
Kingston, Jamaica	Montego Bay, Jamaica
Cancun, Mèxic	Ciutat de Mèxic, Mèxic
Mayagüez, Puerto Rico	Ponce, Puerto Rico
Portland, EUA	
<b>ÀFRICA</b>	
Nairobi, Kenya	
<b>OEST DEL MEDITERRANI</b>	
Amman, Jordània	Tripoli, Líban
Islamabad, Pakistan	
<b>EUROPA</b>	
Ruhr, Alemanya	Dundalk, Irlanda
Udine, Itàlia	Moscou, Rússia
Tuymazy, Rússia	Ginebra, Suïssa
Istanbul, Turquia	Edimburg, Regne Unit
Londres, Regne Unit	
<b>SUD-EST D'ÀSIA</b>	
Delhi, Índia	Udaipur, Índia
<b>OEST DEL PACÍFIC</b>	
Melbourne, Austràlia	Melville, Austràlia
Xangai, Xina	Himeji, Japó
Tòquio, Japó	



A Espanya, hi ha dues ciutats amigables per a les persones grans i una tercera (Saragossa) està desenvolupant el protocol de Vancouver per ser-ho. La primera va ser Sant Sebastià (Donostia), seguida per Barcelona. La primera va convertir-se en ciutat amigable el 2008, amb el treball de l'Ajuntament i de la Fundació Ingea i amb la idea d'aconseguir tres grans objectius (Sancho i Del Barrio 2009):

- a) Generar processos de participació comunitària.
- b) Introduir canvis en les diferents àrees competencials dels municipis que millorin la qualitat de vida dels ciutadans.
- c) Aprofitar al màxim el potencial que ofereixen els ciutadans de més edat.

L'aplicació del protocol de Vancouver va suposar la necessitat d'adaptar l'estructura dels apartats que componen les ciutats amigables per a les persones grans, incorporant-hi l'àrea de xarxes i suport social (recull d'informació de família, veïnatge i comerciants) i agrupant les àrees de participació social i participació cívica i feina a feina i participació. Els grups focals amb els quals es va treballar foren setze grups de persones grans, dos grups de cuidadors, un grup de proveïdors de serveis i dos grups d'ONG.

D'aquest procés, n'han resultat un total de 25 propostes de millora per dur a terme durant tres anys, com ara promocionar l'associacionisme, promocionar una imatge positiva de les persones grans, incrementar les activitats més populars entre la gent gran, mantenir i augmentar les subvencions, potenciar els serveis de menjars a domicili, augmentar el nombre d'autobusos adaptats, impulsar més accions de seguretat vial, crear una xarxa de comerços amigables amb les persones grans o dotar de més recursos el sistema d'atenció a la dependència.

Aquestes seran avaluades a través d'indicadors com ara el nombre de punts d'informació accessibles, el nombre d'accions de difusió de la imatge positiva de les persones grans, l'increment d'activitats demanades per les persones grans, el nombre d'accions destinades a afavorir la seguretat vial o l'increment del nombre d'usuaris de serveis d'atenció a la dependència en relació amb el nombre de persones dependents conegudes. A més, es farà una avaluació final qualitativa d'aquests indicadors complementada amb una de qualitativa mitjançant la creació de grups focals semblants als inicials.

### **3.1. Com fer una ciutat amigable**

Com s'ha dit anteriorment, es tracta de seguir el protocol de Vancouver per tal de convertir una ciutat en ciutat amigable per a les persones grans. La metodologia marcada en aquest protocol subratlla que les persones grans en són les protagonistes; d'aquesta manera, primerament es porta a terme una investigació qualitativa basada en la seva visió.

Així, el protocol s'inicia amb un procés d'investigació desenvolupat en dues fases:

- a) Fer un diagnòstic del municipi. Segons Sancho i Del Barrio (2009, 6) es descriuen els principals ítems, com ara: la ubicació, la grandària, la topografia del municipi, les característiques socials i econòmiques de la població, el nombre i percentatge de persones grans i persones en situació de dependència, la distribució dels recursos públics i privats i l'anàlisi del món associatiu que treballa amb les persones grans.
- b) Desenvolupament de la investigació qualitativa, a través de discussions de grup, en què les persones grans ja tenen una veu important, en són les protagonistes i descriuen aspectes positius i negatius de la ciutat on viuen. El protocol de Vancouver inclou un protocol estandarditzat amb un guió i una base per al debat.

Un cop s'han analitzat les característiques principals, s'han escoltat els vertaders protagonistes, i després de dibuixar la seva imatge de la ciutat, és l'hora de l'acció. En aquest cas són tres les passes que cal seguir (Sancho i Del Barrio 2009, 6):

- a) Creació d'un comitè d'experts amb representació municipal destinat a diagnosticar i assessorar les intervencions a realitzar.
- b) Organització de fòrums de participació ciutadana (en què les persones grans tindran un rol important).
- c) Intervenció en les àrees de millora per a cada una de les àrees analitzades.

Cal dir que, tot i que aquests són els passos bàsics, hem de destacar la importància d'una característica del projecte, el fet de la millora, la revisió contínua, la qual permetrà anar analitzant i avaluant les propostes dutes a terme. Així doncs, tal com assenyalen Sancho i Del Barrio (2009, 16), el tercer pas que se seguirà després de la planificació i la implementació és l'avaluació del projecte a través d'un informe adreçat a l'OMS en què se subratllaran els progressos identificats en la primera etapa (planificació) i, posteriorment, ve una quarta etapa de millora contínua, en què s'han de fer evidents els canvis de millora i en què es requereix tornar a fer un altre pla d'acció quinquennal.

Les àrees també han estat determinades amb anterioritat i són un total de vuit. En un primer bloc s'engloben les relacionades amb el seu entorn, i s'hi analitzen i es treballen aspectes de mobilitat, seguretat i protecció; el segon bloc es relaciona amb els elements socials i culturals i que afecten la participació i el benestar subjectiu, mentre que el tercer bloc treballa mitjans i formes de comunicació i informació, i se centra en la seva utilització i coneixement. Com es pot comprovar, aquestes àrees tenen una relació directa amb l'envelliment actiu i la qualitat de vida, conceptes també multidimensionals. La taula següent fa visible aquesta característica:

**Taula 2** | *Dimensions dels conceptes qualitat de vida, envelliment actiu i ciutats amigables*

Qualitat de vida (Walker 2010)	Envelliment actiu (Regato 2000)	Ciutats amigables (OMS 2007)
Variables psicosocials	Gènere i cultura	Transport
Salut i estatus funcional	Factors econòmics	Habitatge
Relacions socials, suport i activitats	Sistema sanitari i social	Participació social
Circumstàncies socioeconòmiques i d'independència	Factors de l'entorn físic	Respecte i inclusió social
Condicions de l'entorn	Factors comportamentals	Participació cívica i feina
Activitats de lleure i mobilitat	Factors de l'ambient social	Comunicació i informació
		Serveis socials i de salut
		Espais a l'aire lliure i edificis

## 4. Àrees que cal treballar per fer una ciutat amigable

Com s'ha dit a la taula anterior, de manera general l'OMS marca vuit àrees per treballar per una ciutat amigable. Cal dir que aquestes propostes ja estan incloses tant a la guia que va publicar l'OMS el 2007 com a la llista de característiques que ha de complir una ciutat per ser una ciutat amigable de manera general, que va publicar la mateixa organització l'any següent. Aquestes, tot i ser propostes generals, s'han d'adaptar (igual que les àrees, si és necessari) a les característiques de la població de la ciutat.

### 4.1. Transport

Segons la guia de l'OMS (2007) i com es veurà més envant, aquesta àrea es pot considerar transversal, ja que ajuda a l'accés de la gent gran a diferents serveis i en potencia l'autonomia, de manera que millora el procés d'envelliment actiu i la seva qualitat de vida. És a dir, sense un transport que asseguri les característiques que es detallen no sols no es treballarà en un transport amigable per a les persones grans sinó que això afectarà negativament també les altres àrees, per exemple, la de participació (si el transport no permet arribar on hi ha l'activitat) o els serveis de salut (si tampoc no hi arriba o si, per exemple, no permet que els hi acompanyi algú). La seva importància es veu reflectida en el nombre de subpartats que té, un total de setze, de manera que és la que en té un nombre més elevat:

1. *Disponibilitat*: especialment del servei públic. Segons la guia, dependrà del nivell de desenvolupament de la ciutat, a algunes ja se'ls pot demanar indicadors de qualitat, mentre que en altres ciutats s'ha de treballar primer en la creació d'aquest servei.

2. *Accessibilitat pel que fa al cost*: potenciar el transport públic i d'assegurar-se que la no-utilització del transport no és per motius econòmics. A més dels descomptes que es poden fer, Ginebra, per exemple, ofereix transport gratuït als acompanyants de les persones grans. A Mèxic se suggereix que sigui de franc a l'hora d'anar a determinats esdeveniments.
3. *Confiabilitat i freqüència*: assegurar tant la freqüència cada dia de la setmana com l'estabilitat quant a rutes. Segons la guia, el nivell de desenvolupament de la ciutat marcarà quines han de ser les prioritats.
4. *Destinacions de viatge*: treballar aspectes com la cobertura de les rutes més emprades per les persones grans i, al mateix temps, assegurar una cobertura en tota la ciutat per poder donar-los autonomia.
5. *Vehicles amigables per a la gent gran*: la principal petició en aquest subapartat està relacionada amb els accessos dels transports públics, especialment dels autobusos.
6. *Serveis especialitzats per a persones grans*: el punt bàsic és l'adaptació del transport públic quant a l'accessibilitat, especialment per a persones amb discapacitat motriu, és a dir, la disposició d'autobusos que estiguin adaptats i que cobreixin les rutes, perquè no hagin de recórrer sempre de manera obligatòria a taxis adaptats.
7. *Seients preferencials i cortesia mostrada per altres passatgers*: aquest punt té molt a veure amb la cultura de cada ciutat. Si bé és cert que les persones grans el consideren un punt amigable, en algunes ciutats el tenen molt assumit (Islamabad) i, en canvi, en altres seria necessari millorar-lo (Moscou).
8. *Conductors dels mitjans de transport*: un dels aspectes positius és la cortesia, que inclou, per exemple, esperar que les persones estiguin assegudes per arrancar. La indiferència vers els passatgers és un aspecte que s'ha de millorar en algunes ciutats. L'educació dels professionals també s'estén a les persones que venen bitllets, no sols als conductors.
9. *Seguretat i comoditat*: la valoració del servei com a segur pot fer decidir les persones a utilitzar-lo a les ciutats. A més, un dels aspectes a tractar són les hores punta, especialment en ciutats amb molta població (com ara Londres o Portland).
10. *Parades i estacions de transport*: com diu la guia, cal tenir present el disseny, la ubicació i l'estat de les parades. Així, és important tenir cura de la seva il·luminació o que es disposin alguns seients per a l'espera, i també calcular que les distàncies entre una parada i la següent no siguin gaire llargues. Rampes, escales mecàniques o una bona senyalització visible també són elements que cal tenir en compte.

11. *Taxis*: dues característiques poden fer que siguin amigables o, al contrari, que suposin una dificultat: una és el cost que suposen (hi pot haver alguna subvenció o descompte) i l'altra, l'adaptació, per exemple a les cadires de rodes.
12. *Transport comunitari*: serveis de transport comunitari, com ara per anar al metge o per fer l'entrega domiciliària, poden ser públics o privats o fets per voluntariats.
13. *Informació*: anteriorment hem comentat la importància que hi hagi una bona senyalització de les informacions sobre els transports públics, a més d'informació complementària, com fan a Himeji, on els horaris especifiquen si són accessibles per a persones amb discapacitat.
14. *Condicions per a la conducció de vehicles*: a més de les diferents opcions de transport assenyalades fins ara, també existeix la possibilitat que en siguin les mateixes persones grans les conductores. Així, s'ha de tenir cura de la bona visibilitat dels senyals, d'una bona gestió, de la fluïdesa del trànsit, del bon estat dels carrers o del respecte de les normes de trànsit.
15. *Cortesia cap als conductors grans*: en relació amb la darrera característica, es tracta de treballar sobre el respecte cap als conductors grans, evitant conduccions agressives. Algunes ciutats com Ginebra han plantejat fer cursos d'actualització.
16. *Estacionaments*: disposar de places d'estacionament preferents prop dels edificis comunitaris o dels comerços, la gratuïtat o l'amplitud de les quals són elements que cal tenir en compte perquè siguin amigables.

**Taula 3** | *Algunes propostes per a l'àrea de transport*

Desenvolupar un model de taxi accessible i un programa de vals de taxi per a les persones grans que no poden emprar el transport públic
Augmentar el nombre de seients a les parades dels autobusos
Crear un carril bici
Posar un escaló que faciliti la pujada i baixada dels autobusos
Crear equipaments accessibles adaptats per a les persones amb discapacitat, evitar portes giratòries
Ampliar les zones i els espais transitables
Augmentar la seguretat en el transport públic
Realitzar campanyes de sensibilització
Limitar l'ús del cotxe al centre de la ciutat
Promoció de cursos de reciclatge

## 4.2. Habitatge

L'habitatge es configura com un element clau. Hem de tenir present que la casa ideal per a cadascú va variant en funció de les necessitats, els interessos, els gusts i les aficions que anem desenvolupant al llarg de la nostra vida. Per tant, serà important que aquest respongui a totes aquestes demandes i que, al mateix temps, compleixi els requisits d'assequibilitat i de seguretat. Hem de pensar que hi estem moltes hores i que, per tant, val la pena invertir-hi per millorar-ne la qualitat. Per a la ciutat de Nova York, això consisteix a treballar tres sub-àrees: a) desenvolupament de l'habitatge assequible, b) propietari i llogater, i c) envellir a casa, mentre que la guia de l'OMS (2007, 34) parla de deu punts que cal treballar:

1. *Accessibilitat quant al cost*: un exemple del que acabam de dir és precisament el cas de mudar-se a una casa nova, quan les persones grans consideren que casa seva és massa gran. De vegades, no ho fan a causa del preu del nou habitatge (Ginebra). Aquesta via pot anar encaminada a atorgar subsidis o a una rebaixa de determinats impostos.
2. *Serveis essencials*: es refereix a aquells serveis que fan més habitable la casa, per exemple, calefacció, aigua... És evident que algunes demandes seran més fortes segons on s'ubiqui la ciutat. Així, a Istanbul es queixen de l'alt cost de la calefacció mentre que a Jamaica ho fan de l'aigua.
3. *Disseny*: afavorir la comoditat de la casa, canviant una estructura sòlida per superfícies llises o amb espai suficientment ampli per moure's per tota la casa o instal·lant-hi un bon sistema de climatització. La situació d'aquest apartat varia molt segons la ciutat que s'analitzi.
4. *Modificacions*: anteriorment hem parlat de disposar d'una casa adequada a les nostres necessitats i que aquestes van variant segons diferents circumstàncies. En el primer subapartat ens hem referit a canvis de casa; en aquest, a canvis dins la casa, que permeten a la persona que ja hi viu que ho continuï fent, adaptant-la a les seves necessitats. En aquest cas, una de les queixes més comunes de les persones grans que consten als informes torna a ser el cost de les reformes. També es refereixen a una manca de suport informacional sobre les possibilitats d'aquestes adaptacions.
5. *Manteniment*: sense entrar de ple en les obres, com en l'apartat anterior, el manteniment d'una casa també comporta despeses, fet que ha propiciat que en determinades ciutats es posin en marxa iniciatives com ara tenir una llista de proveïdors que treballen en cases de persones grans. Un fet especialment preocupant és la falta de manteniment en cases llogades, quan el propietari vol que els inquilins se'n vagin. Dins d'aquest apartat també s'inclou el manteniment de les zones comunes (escales, ascensors...) dels edificis on viuen.

6. *Accés a serveis*: en diverses ciutats les persones grans han manifestat el seu desig de quedar-se a casa seva en lloc de canviar d'habitatge (Udine, Tuymazy). Viure a prop dels serveis i de les instal·lacions és una bona alternativa al fet de mudar-se. Un altre aspecte que cal considerar són els perills que comporta el fet de viure sol, d'aquí que en ciutats com Saanich es promogui la informació dels serveis domèstics.
7. *Vincles familiars i comunitaris*: aquest és un aspecte essencial en llocs mediterranis on la família té una importància quasi vital; en altres, aquests vincles són substituïts per les persones que viuen a prop, és a dir, pels veïns. Així, tenir algú proper a qui es pugui recórrer dona una seguretat psicològica, una percepció elevada d'aquest suport. Hi ha diversos motius que poden fer que aquest aspecte no tingui la qualitat desitjada, per exemple, viure en gratacels (Tòquio) o no disposar d'espais per a l'intercanvi social (Dundalk) o intergeneracional (Udaipur).
8. *Opcions d'habitatge*: la lliure elecció de l'habitatge és un factor important. Així, com més opcions es tenen, més ben valorat és aquest ítem, no sols quant a cases properes al lloc es vol viure, sinó a llocs com residències geriàtriques, llars d'ancians... que tenen llistes d'espera llarguíssimes. Amb tot, disposar de cases properes amb característiques amigables per a les persones grans no ha de suposar la creació de guetos.
9. *Entorn de l'habitatge*: espai i privacitat són dues característiques que les persones grans desitgen tenir alhora en l'entorn de casa seva. La seguretat es repeteix també en aquest apartat, tant per motius naturals (terratrèmols) com per inseguretat ciutadana.

#### Taula 4 | Algunes propostes per a l'àrea d'habitatge

Agilitzar el procés de construcció d'habitatges per a persones grans amb ingressos baixos, millorar les subvencions
Comprometre els constructors perquè hi introdueixin millores i utilitzin bones pràctiques enfocades al mercat de les persones grans
Proporcionar serveis addicionals de suport
Promoure l'accés a nous models d'habitatge que facilitin l'envelliment a casa
Crear ajudes per a obres d'adaptació i millora dels habitatges de persones amb nivell econòmic baix
Crear una oficina que orienti en matèria d'habitatge
Augmentar el nombre d'institucions geriàtriques
Establir ajudes públiques per incrementar la seguretat en cases enfront dels terratrèmols
Oferir ajudes per a la calefacció
Augmentar la seguretat enfront dels robatoris en cases, augmentar la vigilància
Millorar la planificació dels serveis, fer-los més propers

Font: Sancho i Del Barrio (2009) i Bunbury i Viñuales (2008)

### 4.3. Participació social

El fet de poder participar en les activitats de la ciutat afecta directament les xarxes socials i l'autoestima de les persones grans (Vives 2009) i, conseqüentment, l'envelliment actiu i la qualitat de vida. Tenir alguna limitació quant a la mobilitat, els doblers o la companyia són alguns dels motius que poden portar a no fer aquelles activitats que un desitja, per tant, les ciutats amigables han d'aconseguir que aquestes limitacions desapareguin. D'aquesta manera s'evitaran, entre altres coses, sentiments de malestar o d'apatia. Segons la guia de l'OMS (2007) s'han de tenir en compte sis aspectes:

1. *Oportunitats accessibles*: no sols cal que tinguin informació sinó que puguin accedir a les ofertes que la ciutat ofereix. Algunes de les dificultats esmentades són la seguretat (especialment en activitats nocturnes), la mala connexió dels transports, les dificultats d'accés dels edificis o el fet d'haver de ser membre d'alguna organització.
2. *Cost de les activitats*: un dels aspectes no esmentats en l'apartat anterior és el preu de les activitats. Evidentment aquest aspecte pot frenar la participació de les persones grans, tal com s'assenyala a Ginebra o Londres, quan són activitats organitzades per entitats sense ànim de lucre. Les activitats amb preus reduïts o de franc són ben valorades per les persones grans.
3. *Diversitat d'oportunitats*: cal que les persones grans puguin gaudir d'un ventall d'oportunitats que en puguin satisfer les demandes i la curiositat. Per això s'han de tenir presents aspectes com el fet que no es facin sempre les activitats al centre de la ciutat, l'accessibilitat per a les persones amb discapacitat, la flexibilitat d'horaris i cal tenir cura d'aspectes ja citats com el renou. És important que les ciutats també responguin a les demandes d'integració que se solen repetir en diversos punts. Així, en algunes ciutats continuen sent importants les activitats de naturalesa religiosa, tot i que les educatives i culturals també estan prenent molta importància.
4. *Coneixement d'activitats i actes*: cal potenciar al màxim la informació relativa a les ofertes que dona la ciutat. Evidentment, si les activitats no es coneixen, les persones no hi acudirán. Algunes activitats es poden anticipar, per exemple, a Dundalk s'ofereix informació abans que les persones es jubilin, mentre que a Xangai s'ofereix més publicitat.
5. *Animar a la participació i a abandonar l'aïllament*: reprenent les idees exposades fins ara, hem de ser conscients de la importància de la participació social i d'analitzar els motius que fan que les persones grans no acudeixin a les ofertes de la ciutat per trobar-hi solucions, com ara haver de ser d'alguna associació o no conèixer-hi ningú. També les obligacions familiars, especialment les que afecten directament les dones,



fan que durant aquest temps no es plantegin poder anar a cap altra activitat. Així, hem de tenir en compte especialment els cuidadors, ja que s'ha demostrat que aquests poden patir efectes negatius en la salut física i psicològica tant a curt com a llarg termini (Campo Laredo 2000). S'ha de tenir cura especialment quan una persona deixa de treballar o quan perd la seva parella.

6. *Integració de generacions, cultures i comunitats*: cal respondre a les demandes de participació dins la ciutat, fomentant espais d'intercanvi intergeneracional i de reconèixer la importància i el pes que tenen les persones grans dins les famílies. En aquest cas, no sols han de ser conscients de la seva gran aportació i participació sinó que, alhora, hem de valorar la seva contribució tant en el nucli familiar (per exemple amb la cura dels néts) com en la societat en general (en relació amb l'economia quan amb la cura dels néts permeten que els pares treballin).

**Taula 5** | *Algunes propostes per a l'àrea de participació social*

Augmentar la informació sobre els programes que ofereix la ciutat
Promoure cursos d'informàtica per eliminar barreres generacionals en l'accés a les noves tecnologies
Utilització dels telèfon com a principal eina de comunicació i informació
Informar adequadament sobre els temes que afecten específicament el col·lectiu de les persones grans

Font: Sancho i Del Barrio (2009), i Bunbury i Viñuales (2008)

#### 4.4. Respecte i inclusió social

Per a una vertadera integració, la participació ha de ser una contribució en l'àmbit en què es desitja estar inclòs. En aquest sentit, les persones grans sí que se senten majoritàriament respectades però també existeixen sentiments de manca de consideració en els diferents àmbits (familiar, comunitari...). A més, tal com assenyalava la guia, aspectes com el gènere, la cultura, l'estatus social i l'estat de salut jugaran un paper fonamental en aquestes actituds. En aquest cas, la guia esmenta set subapartats:

1. *Conducta respectuosa o irrespectuosa*: respecte, cortesia i amabilitat són les principals actituds que es detallen en aquest apartat. Tant en l'àmbit personal com en l'àmbit institucional, en diverses iniciatives segons la ciutat, l'aspecte més comú que s'assenyala com un element a millorar és la impaciència, especialment quan es condueix.
2. *Discriminació contra persones d'edat i ignorància*: cal treballar tots aquells mites relacionats amb les persones grans, com ara considerar-los no útils o una càrrega. Per

rompre'ls, es recomana potenciar la informació sobre les persones grans, posant de manifest totes les seves contribucions en tots els àmbits.

3. *Interaccions intergeneracionals i educació pública:* en altres subapartats ja s'ha esmentat la predisposició i la demanda de les persones grans d'intercanvis intergeneracionals, sigui quina sigui la seva forma (voluntariat, cura de néts...). Aquesta qüestió és rebuda com una característica d'una ciutat amigable. Pel que fa a l'educació, es fan dues propostes: una dirigida a la prevenció de l'envelliment i l'altra relacionada amb el valor de les persones grans des de les primeres etapes educatives.
4. *Tenir un lloc dins la comunitat:* la importància de les opinions i el respecte a les persones grans és la base d'aquest apartat, en què la cultura juga un paper fonamental. Així, en ciutats com Tòquio les persones grans consideren que tenen un paper important dins la comunitat, mentre que en altres, com Mayagüez, algunes persones grans afirmen que no es tenen en compte les seves opinions. Hi ha diverses propostes, entre les quals destaca el programa "Demana-li a una persona gran", de Himeji. Dins aquest apartat es tracta del seu paper dins organitzacions i associacions.
5. *Capacitat de servei a la comunitat:* per aconseguir-la, segons els resultats que aporta la guia, podem comprovar que la grandària de la ciutat hi juga un paper fonamental. Així, per exemple, en ciutats petites com Portage el nivell d'inclusió social és molt més elevat que a Londres, on afirmen que per mor dels nombrosos canvis constants dels veïns, quasi no es coneixen.
6. *Lloc dins la família:* endinsant-nos en una qüestió més concreta d'aquest àmbit, s'esmenta la permanència de les persones grans dins el mateix habitatge que el nucli familiar, i també el fet que es respectin i es tinguin en consideració les seves opinions. Segons la cultura de la ciutat, les persones grans seran més o menys importants, emperò les característiques de la societat actual, tan globalitzada, fan que les famílies es dispersin més arreu del món i que no paregui que hi ha temps per dedicar una estona a les persones grans de la família.
7. *Exclusió econòmica:* en aquest cas, es revisa principalment el nivell d'ingressos de les persones grans, especialment quan aquests no els permeten desenvolupar totes les activitats que desitgen. Així, es valoren molt positivament iniciatives com els descomptes o les targetes que els permetin obtenir aquests descomptes o accedir a determinats llocs o activitats de franc. D'aquesta manera els doblers, o millor dit, la falta d'aquests, no és una barrera per fer allò que desitgen.

**Taula 6** | *Algunes propostes per a l'àrea de respecte i inclusió social*

Promoure formes organitzatives entre els veïns; generar espais comuns on els veïns es puguin reunir
Descentralitzar serveis i ofertes culturals
Realitzar programes d'apropament a les generacions joves
Realitzar programes educatius per als pares orientats a les relacions socials
Impulsar les relacions intergeneracionals
Promoció de la imatge positiva de les persones grans

Font: Sancho i Del Barrio (2009), i Bunbury i Viñuales (2008)

#### 4.5. Participació cívica i feina

L'objectiu d'aquesta àrea és millorar la inclusió social, la participació cívica i les oportunitats de feina per a les persones grans (Sancho i Del Barrio 2009, 9). En aquest apartat hi ha dos pilars bàsics que fan amigable una ciutat; el primer, posar de manifest la contribució de les persones grans en tots els àmbits, des del familiar al comunitari, tant pel que fa al treball remunerat com al que es fa de manera voluntària o dins el nucli familiar i, el segon, la llibertat de poder escollir si es continua treballant o no. Per aconseguir aquest objectiu, la ciutat de Nova York treballa en quatre subàrees: a) feina i seguretat econòmica; b) voluntariat; c) cultura i activitats recreatives, i d) informació i planificació. En canvi, la guia en recull set:

1. *Opcions de voluntariat*: dur a terme activitats voluntàries és una font de creixement personal i d'autoestima, i alhora millora les xarxes socials. Per això, disposar d'opcions de voluntariat es considera una característica de les ciutats amigables. Un dels principals problemes que es plantegen és no conèixer totes les opcions o que no estiguin adaptades a les persones grans, així com problemes de transport a l'indret on es fan les activitats.
2. *Millors opcions de feina i més oportunitats*: cal tenir en compte una gran diversitat d'opcions per tal de poder donar resposta a les demanes de les persones grans, ja que posseeixen una gran experiència. En canvi, hi ha moltes barreres que no ho permeten, com ara la jubilació obligada, el sentiment de manca de seguretat en el lloc de treball o quan s'hi va o el fet d'haver de tenir cura dels néts. La peça clau és, doncs, la llibertat per a aquelles persones que volen treballar o per a les que no ho volen fer (algunes persones amb un nivell econòmic baix o sense ajudes dels governs estan obligades a treballar). Per aconseguir-ho, polítiques que afavoreixin el treball de les persones grans, així com millores en la legislació, faran que la ciutat sigui més amigable en aquest aspecte.

3. *Flexibilitat per ocupar llocs de treball i voluntariat*: com hem dit, alguns dels impediments per fer feina o tasques de voluntariat estan basats en la manca d'adaptabilitat de les característiques dels llocs de treball o voluntariat (horaris rígids, professionalització del voluntariat...). Algunes adaptacions poden anar encaminades a flexibilitzar horaris, adaptar la feina a les seves habilitats o crear una borsa de treball temporal ajustada a les seves necessitats (Tòquio).
4. *Foment de la participació cívica*: aspecte que varia molt en funció de la cultura de la ciutat. Així, en algunes podem trobar que les persones grans formen part activa de juntes, càrrecs amb autoritat..., en altres, ocupen aquests llocs de manera simbòlica i, en altres, tan sols hi participen. A més de la cultura, dificultats amb el transport, l'accés i la manca de seguretat tornen a ser factors clau.
5. *Capacitació*: se subratlla la reeducació professional per tal d'evitar sentiments de manca d'habilitats. En alguns casos, s'ha plantejat una reeducació de cara a la jubilació (Nova Delhi), mentre que en altres (Tuymazy) es promou el desenvolupament de feines independents o de petites empreses.
6. *Oportunitats empresarials*: precisament aquestes dues propostes anteriors són les que destaquen en aquest apartat, en què serà fonamental el finançament o el suport que es pugui donar, tant per part de l'estat com amb ajudes d'ONG. Feines de manualitats, jardineria o de venedors ambulants són les més esmentades.
7. *Valoració de la contribució de les persones grans*: cal rompre diversos mites que han sorgit pel que fa a la relació entre l'edat i la feina, que fan que, per exemple, no es contractin persones grans, no s'accepti culturalment que aquestes treballin o que siguin les mateixes persones grans les que tenen aquests prejudicis. El grau d'acceptació i la congruència entre les capacitats laborals d'una persona i les característiques del seu lloc de treball són les peces clau.

Recollint les dades de Nova York (2007), de La Plata (2006) o d'Istanbul (2007), la taula següent inclou algunes de les propostes més destacables:

**Taula 7** | *Algunes propostes per a l'àrea de participació cívica i feina*

Augmentar el nombre d'oportunitats de treball remunerat; donar suport des de les administracions a la feina per a les persones grans
Promoure el voluntariat intergeneracional i l'aprenentatge a través d'associacions amb escoles i ONG
Editar una guia que reculli totes les activitats artístiques o esdeveniments culturals amb descomptes per a les persones grans
Donar a conèixer les oportunitats que hi ha a la ciutat a través del web

*continua*

Dur a terme avaluacions de la comunitat local als barris per determinar el nivell d'amigabilitat
Habilitar grups de participació de les persones grans a les cambres legislatives
Promoure l'organització de les persones grans per a l'exercici dels seus drets
Augmentar les activitats socials de què les persones grans puguin formar part
Organitzar activitats gratuïtes que propiciïn la socialització
Organitzar activitats socials accessibles per a les persones amb diversitat funcional i en situació de dependència
Prevenir les prejubilacions
Incrementar les activitats més populars per evitar la seva saturació
Augmentar els cursos d'informàtica. Promocionar activitats d'exercici físic

Font: Sancho i Del Barrio (2009), i Bunbury i Viñuales (2008)

#### 4.6. Comunicació i informació

En aquest apartat es comenten les informacions generals, com ara la relacionada amb els processos d'envelliment, i també les puntuals, relacionades amb activitats i persones que poden interessar a les persones grans. També és important analitzar els canals d'informació, que estaran determinats majoritàriament per dos elements: la població de la ciutat i les noves tecnologies, que es veuen com una eina de doble tall, ja que, per una banda, permeten una major connectivitat, però, per l'altra, són valorades com un element discriminatori.

1. *Àmplia distribució*: totes les ciutats reben informació dels proveïdors locals dirigida a la comunitat. En països amb un nivell de desenvolupament baix, aquests es limiten a premsa, ràdio i televisió, mentre que als països més desenvolupats tant la varietat d'informació com els canals per obtenir-la són més diversos.
2. *Informació correcta en el moment oportú*: en aquest apartat es treballa la rellevància de la informació i la qualitat que té, el fet d'evitar la sobreinformació (no sempre més és millor). A més s'hi treballen les habilitats per poder destriar-la, per exemple, per evitar frau. Alguns proposen dedicar-hi una secció o un espai específic als mitjans de comunicació dirigits a les persones grans, per contribuir a crear aquest filtre. Altres suggereixen fer-ho a través d'organitzacions o voluntariats o tenir un espai físic on consultar-la (Islamabad).
3. *Tenir algú amb qui parlar*: la importància del llenguatge oral esdevé clau com a mitjà de comunicació preferit per les persones grans per rebre informació. Així, prefereixen la ràdio i els programes en què es poden fer consultes a experts. En aquest sentit, opinen que els avenços tecnològics que fan que se substitueixin les persones per màquines no són positius, ja que solen preferir ser atesos per professionals. Per això, en algunes ciutats com a Copacabana s'empren uns *informadors clau* que són els

qui transmeten la informació. Amb tot, s'assenyala el problema de poder arribar a persones socialment aïllades.

4. *Cura del format i del disseny*: en cas que rebin informació per canals auditius i visuals, s'ha de tenir cura tant del missatge (expressat de manera senzilla i amb un llenguatge senzill) com de la grandària de les lletres (o de la velocitat si és auditiu). En aquest sentit, s'ha de fer feina amb les màquines, ja que sovint perden la lògica quan se simplifiquen, i la gran diversitat de models i il·luminacions millorables fan que sigui difícil el seu ús per part de les persones grans. També hi ha queixes pel que fa als serveis de resposta automàtica.
5. *Tecnologia informàtica*: com hem dit anteriorment, és una arma de doble tall; per una banda, pot ajudar a millorar de manera significativa la qualitat de vida, però si no s'entén o no es tenen les habilitats per fer-la funcionar, pot suposar una barrera important. Així, els ordinadors i Internet són valorats de manera positiva per mantenir-se en contacte amb el món i amb l'entorn més proper (família), mentre que a les persones que no els saben emprar els genera sentiments d'exclusió. L'accés a aquestes tecnologies en espais específics, amb personal de suport, és una bona iniciativa que algunes ciutats van adaptant (per exemple, a Halifax, el personal de suport visita a domicili).
6. *Responsabilitat personal i col·lectiva*: en aquest apartat s'esmenta la responsabilitat de la persona gran a mantenir-se informada, a involucrar-se dins la comunitat i alhora, la responsabilitat de la societat a eliminar barreres de comunicació que fomentin l'exclusió en comptes de la integració.

---

#### **Taula 8** | *Algunes propostes per a l'àrea de comunicació i informació*

---

Augmentar la informació sobre els programes que ofereix la ciutat
Promoure cursos d'informàtica per eliminar barreres generacionals en l'accés a les noves tecnologies
Utilització del telèfon com a eina principal de comunicació i informació
Informar adequadament sobre els temes que afecten específicament el col·lectiu de les persones grans
Facilitar informació i punts d'accés mitjançant subvencions
Afavorir la transmissió de la informació de manera directa a l'usuari i adaptada a les seves circumstàncies

---

Font: Sancho i Del Barrio (2009), i Bunbury i Viñuales (2008)

#### **4.7. Serveis comunitaris i de salut**

La salut és un dels aspectes més valorats per a les persones grans a l'hora de definir la seva qualitat de vida. A més, aquesta pot influir de manera directa en el benestar psíquic. Per tant, no sols serà important tenir accés universal i eficaç als serveis sanitaris, sinó que les polí-

tiques de prevenció hi jugaran un paper important. Els serveis socials tindran com a principal objectiu donar suport a la vida independent de les persones grans. Així, aquest apartat es dedica especialment a assenyalar els aspectes bàsics com ara els ingressos i la salut.

1. *Atenció de salut accessible*: cal d'eliminar qualsevol motiu que faci que una persona gran no acudeixi al metge, tenint en compte la seva ubicació i la facilitat del seu accés i de millorar els serveis d'urgència (disponibilitat d'ambulàncies —Ponce— o la seva rapidesa —Moscou—). També s'ha de tenir cura de l'interior, és a dir, que l'edifici estigui lliure de barreres arquitectòniques, amb bon estat i amb bons nivells de seguretat. En aquest apartat es treballen dos aspectes més: el coneixement de l'existència dels serveis perquè puguin ser emprats en cas de necessitat i l'amabilitat i educació dels professionals.
2. *Ampliar els serveis de salut*: segons la guia, en totes les ciutats s'ha esmentat la necessitat d'ampliar els serveis de salut, tant amb serveis de cures específiques (clíniques geriàtriques, centres de dia, serveis de salut mental...) com de la qualitat de les seves instal·lacions (equipaments, cadires de rodes...), sense oblidar els serveis dedicats a la promoció de l'envelliment saludable i a la prevenció de malalties.
3. *Serveis per envellir bé*: en aquest apartat es recull la darrera idea de l'anterior apartat, i s'esmenta la promoció de la salut i de la prevenció. Aquests aspectes es poden desenvolupar de diverses maneres, a Ruhr es fa amb grups d'autoajuda, mentre que a Mèxic hi ha campanyes de vacunació de franc.
4. *Cures domiciliàries*: també és un aspecte comú a les ciutats avaluades. Les persones grans desitgen més serveis sanitaris a domicili. A més, es té en compte com un aspecte que s'ha de millorar des de diversos punts de vista: la seva existència, el cost i la gran mobilitat dels seus professionals.
5. *Instal·lacions residencials per a les persones grans que no poden viure a casa*: poder viure a casa és una opció personal, però quan aquesta no sigui possible, per les raons que sigui, la ciutat ha de garantir un lloc on viure. Les principals queixes vers les residències se centren en el seu cost o en la manca de places. En algunes ciutats, com Portage, es demana que tinguin més espai per poder guardar les coses personals o, en altres, com Ginebra, que estiguin situades al centre de la ciutat.
6. *Xarxa de serveis comunitaris*: depenent de la ciutat, hi haurà més serveis comunitaris o menys, però el que no pot faltar-hi mai és una coordinació entre serveis. Aquesta varietat pot fer que el pes de les cures recaigui o bé damunt de l'estat, que proveeix o finança els serveis socials o bé de les famílies. En aquest darrer cas, les ciutats amigables els hauran de donar suport. A més dels ajuts econòmics, disposar d'espais

com centres comunitaris és una proposta molt ben valorada per les persones grans. Els suggeriments en aquest subapartat van encaminats a crear-ne o millorar la qualitat dels serveis, com a Mèxic, on les persones grans disposen d'una targeta que els permet accedir a preus més econòmics i a determinats serveis.

7. *Voluntariat*: una altra demanda generalitzada és la necessitat de voluntaris per ajudar a cobrir allò que no fan els serveis sanitaris i socials, com ara ajudar les persones grans en el transport o simplement ajudar-les a passejar els cans quan no ho poden fer.
8. *Altres aspectes*: tot i que són poques les ciutats que hi fan referència, la guia recull dues preocupacions més, la manca d'espai al cementeri i que es tinguin en compte les persones grans en situacions d'emergència.

La ciutat de Nova York treballa en cinc subàrees: a) planificació del benestar i la salut; b) atenció a persones grans i en situació de risc; c) accés a aliments nutritius; d) cures i atenció a llarg termini, i e) cures pal·liatives i testament vital.

**Taula 9** | *Algunes propostes per a l'àrea de serveis comunitaris i de salut*

Augmentar el coneixement de la salut entre les persones grans
Ampliar la campanya per educar els ciutadans grans sobre el robatori d'identitat i el frau
Augmentar l'eficàcia en la gestió de programes de menjar a domicili, incrementar-ne el nombre
Proporcionar serveis d'assessorament i suport als padrins que cuiden els nets
Difondre materials educatius i suports disponibles per als cuidadors familiars
Ampliar les oportunitats de formació i altres suports als cuidadors professionals
Ampliar els serveis existents de cures pal·liatives
Promoure el testament vital
Oferir medicaments gratuïts per a malalties cròniques
Crear iniciatives per acabar amb les llistes d'espera
Descentralitzar els serveis perquè estiguin presents en tots els barris; crear més hospitals i més centres de salut als pobles
Portar a terme un programa per augmentar la consciència sobre l'envelliment saludable
Simplificar el sistema d'accés a les medicines més habituals
Habilitar un sistema d'ajuda per al transport
Crear una figura de suport a les persones grans als hospitals
Adaptar els qüestionaris a la realitat
Augmentar el nombre de places de dia
Promocionar l'ús dels serveis de teleassistència



#### 4.8. Espais a l'aire lliure i edificis

Tal com hem dit anteriorment, un dels àmbits essencials que apareix en les definicions d'envelliment actiu i de qualitat de vida és la possibilitat de poder fer activitats de lleure i la mobilitat. Evidentment, si disposam de les condicions personals per poder realitzar una activitat i l'oferta hi és, emperò no podem realitzar-la, perquè no hi tenim accés o un entorn que ens ho faciliti, de poc servirà tenir l'oportunitat de fer-la.

Igualment important és l'adaptació de l'habitatge a les necessitats i interessos que tingui cada un de nosaltres en les diferents etapes vitals. D'aquí la importància per a les persones grans que la casa on visquin els pugui permetre, si ho desitgen, envellir a casa.

La guia de l'OMS (2007) desenvolupa onze subàrees, mentre que a la ciutat de Nova York, un element important dins d'aquesta àrea és la seguretat. Així, es desenvolupen tres subàrees: a) transport accessible i assequible, b) espais públics segurs i amigables, i c) planificació per al futur.

1. *Entorn agradable i net*: les persones grans donen molta d'importància a l'entorn en què viuen. Així, la seguretat i la neteja de l'entorn són temes esmentats repetidament en diverses ciutats. Altres són específics, per exemple a les ciutats de Rio de Janeiro i Cancun, on es valora molt positivament viure prop de l'oceà, mentre que a Nairobi i el Japó es valora negativament la sobrepoblació. Un aspecte comú que cal també millorar és el tema de la contaminació, especialment l'acústica.
2. *Importància dels espais verds*: la majoria de persones grans valoren molt positivament tenir aquests espais dins les ciutats, tot i que no sempre és possible poder gaudir-ne. Els inconvenients són diferents a cada ciutat, algunes persones parlen d'inseguretat (Himeji), mala conservació (Nova Delhi) o manca de seients (Udaipur).
3. *Lloc per descansar*: com s'ha dit, la manca de seients als parcs és també una demanda per a tota la ciutat, ja que és possible que una persona gran no passegi tant o per no voldria per manca d'espais on poder descansar. Les autoritats no sols han d'assegurar que hi són, sinó que s'empren per allò a què estan destinats en un primer moment, ja que de vegades es converteixen en llocs de reunió de col·lectius que les persones grans qualifiquen d'intimidatoris (Tuymazy).
4. *Vorerer amigables amb l'edat*: la mobilitat a les ciutats és un element clau i concretament la qualitat de les voreres és fonamental. S'han esmentat diversos problemes que impedeixen circular-hi amb comoditat i seguretat, com ara cotxes aparcats, venedors ambulants o problemes derivats de factors meteorològics (com ara la neu).

5. *Passos de vianants segurs*: igual que en el punt anterior, no es tracta sols que n'hi hagi, sinó que aquests siguin de qualitat. Així, un dels principals problemes és poder creuar amb suficientment temps; en algunes ciutats s'ha optat per augmentar el temps dels semàfors per a vianants i en altres per construir illots. Evidentment, en aquelles ciutats on hi ha un índex més alt de població, pot resultar més difícil el trànsit de persones i de vehicles, per tant, programes d'educació vial per a tots són una bona opció.
6. *Accessibilitat*: punt dedicat a les barreres arquitectòniques més comunes, com ara la manca de rampes o l'alçada elevada de les voreres.
7. *Entorn segur*: com hem dit anteriorment, aquest és un factor decisiu, ja que és possible que una persona vulgui fer una activitat determinada que s'ofereix a la seva ciutat, però no la faci per por de sortir al carrer. Els motius d'aquesta inseguretat poden ser diversos, des d'una manca o incorrecta il·luminació fins a viure en un lloc on els terratrèmols són freqüents.
8. *Camins i carrils bici*: ambdós es valoren de manera molt positiva, ja que promouen la salut i l'envelliment actiu, sempre que compleixin un mínim i garanteixin la seguretat dels usuaris.
9. *Edificis amigables*: es tracta d'incorporar les polítiques de zero barreres arquitectòniques i les propostes fetes per a l'entorn dins els edificis, tant privats com públics, que permetin l'accessibilitat plena a tots els ciutadans.
10. *Serveis públics adequats*: en algunes ciutats s'han incorporat ara fa poc (Islamabad), mentre que en altres el que es pretén és millorar-ne la qualitat, especialment pel que fa a la higiene o la ubicació clau.
11. *Clients grans*: en relació amb el punt 9, no sols és necessari poder entrar als edificis públics, sinó també poder-ne fer un bon ús. Un dels principals problemes és el temps d'espera, que algunes ciutats han resolt oferint caixes i finestres preferents (Cancun) i altres facilitant cadires de rodes (Jamaica).

---

### **Taula 10** | *Algunes propostes per a l'àrea d'espais a l'aire lliure i edificis*

---

Ciutat neta i amb normes de compliment obligat quant a nivell de renou i d'olors
Existència d'espais verds ben cuidats, amb banys i seients accessibles; camins lliures d'obstacles
Existència regular de seients, especialment en punts clau com parcs, parades de transport públic...
Bon manteniment de les voreres, Il·lises i antilliscants, lliures d'obstruccions

*continua*

Disposar d'espais per creuar adaptats a les necessitats de les persones grans perquè es puguin moure de manera lliure i autònoma; regular el temps dels semàfors perquè es puguin creuar els carrers amb garanties, amb senyals auditius i visuals
Es compleixen les normes de manera estricta
Existència de carrils bici
És té en compte de manera prioritària i es promou amb diverses iniciatives
Estan agrupats i situats en llocs on resideixen les persones grans; tenen un accés fàcil i amb serveis per al client adaptats a les seves necessitats

Font: Sancho i Del Barrio (2009), i Bunbury i Viñuales (2008)

## 5. Conclusions

Convertir una ciutat en ciutat amigable no sols implica modificar l'estructura adaptant-la a les característiques de les persones grans, sinó que comporta, alhora, una nova forma de fer ciutat, que es converteixin en ciutadans actius dins de la ciutat. Un exemple molt clar és la ciutat de Harlem, on s'ha organitzat un seguit d'activitats durant l'estiu pensades específicament per a la participació de les persones grans, algunes de les quals estan pensades perquè millorin la salut (natació o ioga), altres perquè s'integrin al seu entorn (anant al mercat) o perquè aprenguin habilitats i capacitats de la societat actual (cursos d'informàtica).

Com hem pogut comprovar, es compleix amb un doble objectiu. D'una banda, d'una manera general, es dona resposta a les demandes demogràfiques i urbanes que té la societat actual i, alhora, es fa visible la gran importància que tenen en tots els àmbits les persones grans. I, de l'altra, d'una manera individual, es permet a cada persona gran participar i contribuir al seu propi envelliment i a la creació i modificació del seu entorn perquè li sigui amigable.

Evidentment, els beneficis que es poden generar, com ara tenir els carrers i els edificis sense barreres arquitectòniques, gaudir d'un entorn segur, disposar de recursos sanitaris, comunitaris públics i privats o crear vies per potenciar el voluntariat de les persones grans, no sols seran beneficiosos per a les persones grans, sinó que ho seran per a tota la comunitat i, alhora, per a determinats col·lectius a les demandes dels quals aquestes iniciatives també donaran resposta, com ara persones amb discapacitat, nins o famílies amb risc d'exclusió social.

Després de la lectura acurada de les diferents àrees que marca la guia de l'OMS (2007) i dels diferents projectes i informes de ciutats amigables per a les persones grans, podem confirmar que hi ha certs aspectes transversals que es repeteixen al llarg de les diferents àrees i en totes les ciutats amigables i que resulten determinants: la cultura, la seguretat i l'accessibilitat als serveis i als espais de participació a través dels transports.

A més, podem destacar dues paraules clau: en primer lloc, **adaptació** de les seves demandes a les oportunitats de l'entorn, tant de manera general com individual i, en segon lloc, **llibertat**, és a dir, que és la mateixa persona la que ha decidir, des d'aspectes quasi puntuals, com ara quin mitjà de transport emprarà per arribar a l'activitat que li interessa de totes les que la ciutat organitza, fins a aspectes que impliquen quasi un estil de vida, com ara si vol continuar una feina o iniciar-la o no ho vol fer.

Tenint en compte aquestes idees, les ciutats amigables han de complir, doncs, un seguit de requisits separats per àrees. Els paràgrafs següents serveixen per dibuixar una ciutat amigable per a persones grans:

*Espais a l'aire lliure i edificis amigables:* l'entorn ha d'estar net, sense contaminació acústica ni olors desagradables; els espais en general, especialment els banys públics, les voreres i els carrers han d'estar ben cuidats i lliures de barreres que no permetin desplaçar-s'hi amb autonomia, i el temps dels semàfors ha de ser el suficient per poder creuar el carrer. És important també tenir present l'educació vial, tant en el sentit de fer cursos de reciclatge com pel que fa a l'educació de tots els conductors. Els serveis han de ser els suficients i estar ben agrupats; els accessos han de ser fàcils per a les persones grans, tant a l'interior com per arribar-hi; han d'estar equipats amb serveis especials per a persones grans. Els edificis han d'estar lliures de barreres arquitectòniques (han de tenir ascensors, rampes, baranes...) i tenint en compte les persones grans han de disposar de més banys públics, més seients o escales amb poca inclinació.

*Transport:* un aspecte primordial és que ha de respondre a la possibilitat de desplaçar-se per tota la ciutat, la qual cosa implica no sols disposar de mitjans de transport ben cuidats i adaptats sinó que les seves freqüències siguin suficients. A més, els preus no han de ser gaire elevats perquè es puguin emprar tantes vegades com faci falta. A l'interior, hi ha d'haver seients preferents per a persones grans i els conductors han de ser educats amb els passatgers. En cas d'esperes, les informacions han de ser clares i entenedores, les parades estan ben cuidades, han de tenir seients suficients i un alt índex de seguretat. L'adaptació, l'amabilitat dels conductors i els preus reduïts també són característiques que es demanen als taxis. Es poden complementar amb mitjans de transport comunitari que poden ser voluntaris i si alguna persona gran pot continuar conduint, s'ha de garantir una bona educació vers la seva manera de conduir i garantir-li cursos de reciclatge. A més, s'ha de tenir cura especialment dels aparcaments, que han d'estar ben il·luminats, han de tenir bons nivells de seguretat, estacionaments preferencials i baix cost per a les persones grans.

*Habitatge:* els nous habitatges han de preveure les necessitats de les persones grans i hi ha d'haver ajudes econòmiques per accedir-hi. Quant a les cases que ja estan construïdes, hi haurà ajudes per adaptar-les en cas de necessitat, ja que han de disposar d'espai suficient per poder-s'hi moure lliurement i han d'estar ben condicionades. Aquestes cases estaran

ben situades, prop dels serveis comunitaris i permetran una bona integració dins la comunitat. En cas d'haver de canviar d'habitatge, les persones grans tindran informació suficient i les comunitats no estaran superpoblades. La casa on es viu ha de ser segura i còmoda.

*Participació social:* la integració de les persones grans dins la comunitat requereix que hi tinguin una bona participació, no sols com a observadores. Per això, l'oferta d'activitats ha de ser àmplia i ha de poder assegurar la participació de les persones grans, per a la qual cosa s'ha de tenir cura de la seva ubicació, dels accessos, de la seva naturalesa i, entre altres coses, del cost. Per aconseguir aquesta integració, la ciutat amigable també ha de tenir en compte els possibles acompanyants i procurarà que els espais tinguin un ús compartit per a diversos propòsits. D'aquesta manera, es promou la familiaritat i l'intercanvi entre els ciutadans. No s'ha d'oblidar que per poder anar a una activitat, aquesta activitat s'ha de conèixer. Així que la ciutat amigable s'assegurarà que la informació arribi als seus destinataris.

*Respecte i inclusió social:* aquest apartat es pot considerar transversal respecte de la resta. Una ciutat amigable fa que la imatge de les persones grans sigui positiva, bé a través de campanyes de sensibilització o informació, bé a través de programes que els donen el protagonisme (prendre decisions en temes comunitaris, oportunitats perquè puguin compartir els seus coneixements, experiències...). La ciutat també permet que tant els serveis com la resta de ciutadans siguin respectuosos i afavoreixin la integració de les persones grans. Així, es poden fer servir de voluntaris o de personal especialitzat per atendre les persones grans als diferents serveis. També es procurarà que els ciutadans de menys edat estiguin educats en el respecte i en la valoració de les persones grans, les quals duran a terme activitats dins les escoles i s'afavoriran espais d'intercanvi intergeneracional.

*Participació cívica i feina:* les persones grans dins una ciutat amigable poden participar en una àmplia gamma d'ofertes. Així, si una persona gran decideix contribuir-hi a través del voluntariat, la ciutat s'encarregarà que les activitats siguin de qualitat (ben desenvolupades, amb una bona estructura, amb suport...). Emperò la contribució també es pot dur a terme en l'entorn laboral. En aquest cas, la ciutat assegurarà una varietat i una adaptació del lloc de feina a les demandes, necessitats i interessos de les persones grans, tenint cura de la seva capacitació (i del reciclatge en cas necessari) així com de l'accessibilitat al lloc de feina (bona xarxa de transports, lloc de feina adaptat...). També s'ha de crear una via que generi nous llocs de treball per a les persones grans, especialitzada en la creació de noves empreses petites o familiars independents. S'assegurarà la remuneració adequada a la feina que facin i es potenciarà la participació o la continuació de les persones grans en els llocs de treball (valoració de les seves aportacions per part dels companys, es promouran beneficis per ocupar persones grans a les empreses...), en els casos de persones grans que hagin decidit treballar. En cas que no vulgui o no puguin continuar treballant, la ciutat amigable els oferirà un seguit d'ajudes (econòmiques o de qualsevol altra naturalesa).

*Comunicació i informació:* la ciutat amigable s'ha d'encarregar que la informació que arriba a les persones grans sigui periòdica, fiable, coordinada, interessant per a elles, escrita en un llenguatge senzill i que es tingui cura del seu disseny (lletra gran, per exemple). Amb tot, les persones grans prefereixen el llenguatge verbal per poder rebre la informació, per la qual cosa es recomana que persones de confiança que els la transmetin, especialment en cas de persones amb risc d'aïllament social. En cas que aquesta informació oral vingui d'una màquina, el llenguatge ha de ser clar i breu i s'ha d'oferir la possibilitat de poder parlar amb algú. Si està escrit, ha d'estar ben il·luminat, ha de ser fàcil de veure i ha de tenir lletres grans. Quant a la informació digital, s'ha de treballar en dos aspectes: en l'adquisició de material (ordinadors), que seran de cost baix, i en l'adquisició de les competències i habilitats que permetin a les persones grans emprar-los, per evitar sentiments d'exclusió social.

*Suport social i serveis de salut:* els serveis de caràcter social i de salut són accessibles a les persones grans dins una ciutat amigable, tant pel que fa a l'exterior (ben ubicats, amb bons accessos de transport...) pel que fa a l'interior (sense barreres arquitectòniques, amb bones senyalitzacions i amb un personal que té cura de les persones grans). A més, aquesta oferta de serveis respon a les necessitats i preocupacions de les persones grans i, en cas necessari, aquesta oferta es complementa amb serveis voluntaris. A més, hi ha una planificació de qualsevol possible situació d'emergència en què es tenen en compte les persones grans.

## Referències bibliogràfiques

Bunbury, E.; Viñuales, R. (2008). Zaragoza, ciudad amiga de las personas mayores. OMS, Ajuntament de Saragossa.

Campo Ladero, M. J. (2000). El apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Madrid: CIS.

Consell Municipal de Benestar Social. Informe participatiu 2006-2007. Ajuntament de Barcelona.

Finkelstein, R.; Garcia, A.; Netherland, J. [et al] (2008). Toward an age-friendly New York city: a finding report. Nova York: The New York Academy of Medicine.

Gallagher, E. (2007). Pemberton and mount curie Age-friendly Community Project. Project Report. Gerontech Research Associates.

Help de Age (2007). What makes a city age-friendly? London's contribution to the World Health Organization's Age-friendly Cities Project. Londres: OMS.

IMSERSO, Observatorio de Mayores i OMS (2001) Boletín sobre el envejecimiento, núm 4 y 5. Perfiles y tendencias. Informe preliminar. Madrid : IMSERSO.

IMSERSO (2009). Observatorio de Personas Mayores. Las personas mayores en España. Informe 2008. Colección Documentos. Serie Documentos Estadísticos.

Lirio, C.; González, A. i Herranz, I. (2009) Envejecer participando: "el proyecto "entre mayores": una experiencia de investigación-acción. Miño y Dávila Editores. Málaga

METRÓPOLIS (2010). Revista d'Informació i Pensament Urbans. Núm. 80. Quadren central: ciutat i gent gran, 46-90.

Observatorio de Personas Mayores. Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. Edwards, Peggy. Organización Mundial de la Salud. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/estudiosyresultados/perfiles/index.html>>. [Consultat el 25 de novembre del 2010.]

Observatorio de Personas Mayores (2009). Proyecto red mundial de ciudades amigables con las personas mayores. Sancho Castiello, M.; Barrio Truchado, E. Del. Fundación Instituto Gerontológico Matía, núm. 39. Sant Sebastià. <<http://www.imsersomayores.csic>

es/documentacion/estudiosyresultados/perfiles/index.html>. [Consultat el 16 de juny del 2011.]

OMS (2002) Envejecimiento activo: un marco político. Revista española de Geriátria y Gerontología; 37 (S2), 74-105.

OMS (2007). Ciudades globales amigables con los mayores. Una guía.

OMS (2007). WHO Age-friendly project methodology. Vancouver Protocol.

OMS (2008). Lista de control de aspectos esenciales de las ciudades amigables con los mayores.

Plouffe, L.; Kalache, A. (2010). Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, vol. 87, núm. 5, 733-739.

Regato, P. (2000). Envejecimiento activo. Introducción. Al encuentro de la red de envejecimiento saludable. IMSERSO. Madrid: Doyma, S. L.

Sancho, M. i Del Barrio, E. (2009). Donostia-Sant Sebastià, exemple de ciutat amigable. Quadern central, 59-61.

Vives, M.; Orte, C. (2005). Avaluació dels efectes del suport social als alumnes de la Universitat Oberta per a Majors. A: March, M. X. (dir.). Anuari de l'Educació de les Illes Balears, 2005. Pollença: Fundació Guillem Cifre de Colònia.

Vives, M. (2009) Una visió de la gent gran des de la perspectiva dels indicadors socials. Comparativa autonòmica, nacional i europea (65-126) A Orte, C. (2009) Anuari de l'Envel·liment. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. UIB. Govern de les Illes Balears

Walker, A. (2010). Ageing and quality of life in Europe. A: Dannefer, D.; Phillipson, C. (eds). Handbook of social gerontology. Sage.



## **Autora**

**MARGALIDA VIVES BARCELÓ**

Palma, 1978. Llicenciada en Psicopedagogia, doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora ajudant doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Entre les seves línies de recerca principals es troben la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil i la resolució de conflictes. Ha realitzat una estada a la Universitat de Sheffield, on treballà amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida en persones grans.

**LA FORMACIÓ UNIVERSITÀRIA  
DE PERSONES GRANS A EUROPA.  
REALITAT ACTUAL I  
PERSPECTIVES DE FUTUR**

---

# La formació universitària de persones grans a Europa. Realitat actual i perspectives de futur

Carmen Orte Socias<sup>1</sup>

Martí X. March Cerdà<sup>2</sup>

*«Vive como si fueras a morir mañana. Aprende como si fueras a vivir siempre»  
(Mahatma Gandhi)*

---

<sup>1</sup> Catedràtica d'universitat. Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Universitat de les Illes Balears. <carmen.orte@uib.es>.

<sup>2</sup> Catedràtica d'universitat. Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Universitat de les Illes Balears. <marti.march@uib.es>.

## Resum

Revisem els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida en l'àmbit internacional, des de la perspectiva de l'aprenentatge adult, destinat a les persones de cinquanta anys o més i no vinculat a l'àmbit laboral. Tenint molt present l'envelliment de la població mundial i les perspectives d'augment dels grups de persones grans, de cinquanta a setanta-quatre anys, i més grans, de setanta-cinc i més anys, comença a ser una qüestió de molta importància política, econòmica i social la inversió en les accions i els programes que possibilitin l'envelliment saludable. Potenciar la presa de decisions eficaces sobre el mateix procés d'envelliment, amb la finalitat de mantenir les habilitats funcionals de les persones a mesura que envelleixen, el major temps possible i en les millors condicions. La participació és un element molt important en aquest procés. Les possibilitats són àmplies; tant el voluntariat com la participació en activitats de tipus físic, cognitiu i social milloren la qualitat de vida, i de manera especial, els projectes educatius i culturals que s'han desenvolupat des de la dècada de finals dels anys seixanta en la majoria de països desenvolupats, encara que amb ritmes diferents i diferents maneres de dur-se a terme, però amb un resultat igual pel que fa a la millora de les oportunitats de salut i qualitat de vida. Tenint en compte aquestes qüestions, ens plantejem la importància de fer arribar l'educació a totes les persones com un dret, sobretot a aquells col·lectius que té més dificultats socials.

## Resumen

Revisamos los programas de aprendizaje a lo largo de toda la vida en el ámbito internacional, desde la perspectiva del aprendizaje adulto, destinado a las personas de cincuenta años o más y no vinculado al ámbito laboral. Teniendo muy presente el envejecimiento de la población mundial y las perspectivas de aumento de los grupos de personas mayores, de cincuenta a setenta y cuatro años, y mayores, de setenta y cinco años y más, empieza a ser una cuestión de mucha importancia política, económica y social la inversión en aquellas acciones y programas que posibiliten el envejecimiento saludable. Potenciar la toma de decisiones eficaces sobre el propio proceso de envejecimiento, con la finalidad de mantener las habilidades funcionales de las personas a medida que envejecen, el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones. La participación es un elemento de mucha importancia en este proceso. Las posibilidades son amplias; tanto el voluntariado como la participación en actividades de tipo físico, cognitivo y social mejoran la calidad de vida, y de forma especial, los proyectos educativos y culturales que se han desarrollado desde la década de finales de los años sesenta en la mayoría de países desarrollados, aunque con distinto ritmo y distintas formas de llevarlos a cabo, pero con igual resultado en lo que se refiere a la mejora de las oportunidades de salud y calidad de vida. A la luz de estas cuestiones, se plantea la importancia de hacer llegar la

educación a todas las personas como un derecho, haciendo especial hincapié en aquellos colectivos con mayor dificultad social.

---

## Introducció

Ens interessa reflexionar sobre la importància de l'aprenentatge al llarg de tota la vida en l'edat adulta, sobre l'educació de persones adultes a Europa, sobretot persones més grans de cinquanta anys que cursen estudis a la universitat o en centres que hi estan vinculats d'alguna manera. Estudis amb una finalitat cultural, social, educativa o d'una altra índole, però no vinculada necessàriament a l'obtenció d'una titulació acadèmica que els acrediti per al món laboral, encara que els beneficis de l'aprenentatge permanent inclouen també la millora de l'ocupabilitat, especialment en un moment en què l'edat de jubilació s'està endarrerint. De fet, l'aprenentatge al llarg de tota la vida aporta molts beneficis de tipus individual i també social. Potencia la ciutadania activa i contribueix a la millora del benestar en relació amb la salut i la societat, i fomenta la presa de decisions eficients.

Tanmateix, encara que les maneres de dur a terme aquest aprenentatge són molt variades, amb beneficis semblants, aquest tipus de distinció és especialment important. Això es deu, justament, a l'actual desenvolupament tan ampli de les ofertes d'aprenentatge per a persones adultes, amb molt diferents objectius, motivacions i tipus d'organització, estructura, continguts, metodologies docents, perfil de la població beneficiària, així com de cobertura legal i financera. Ens referim, doncs, al que també s'anomena educació d'adults no vocacional, la qual es duu a terme en una àmplia gamma de contextos dins d'un marc d'aprenentatge permanent, d'aprenentatge al llarg de tota la vida, si bé ens centrem en una etapa concreta, a partir dels cinquanta anys o més.

De fet, el límit a partir del qual establim el grup d'edat diana podria establir-se als seixanta-cinc o als seixanta anys. És una qüestió que té a veure amb l'acord tàcit generat en els programes destinats a persones grans, tant a Espanya com en altres llocs d'Europa, si bé en molts casos depèn dels objectius dels programes, els quals es dirigeixen a persones que ja estan fora de l'àmbit laboral o bé els interessos dels quals no formen part de manera específica de l'ocupabilitat. Aquest acord, a poc a poc, s'ha anat concretant en la pràctica dels programes destinats a població adulta gran, en edats cada vegada més joves, coincidint amb les característiques demogràfiques, laborals i socials de la població de cinquanta anys en endavant, o fins i tot de menys de cinquanta anys, i amb necessitats i demandes relacionades amb programes de formació permanent.

El canvi demogràfic i el tipus de societat del coneixement en què vivim estan possibilitant que també les persones grans puguin accedir a ofertes formatives de diferents nivells i

amb diferents objectius. Els interessos són variats i també depenen en molts casos de la formació bàsica prèvia, o bé de l'interès per romandre actives i actualitzades en l'àmbit intel·lectual, dins d'una oferta, més o menys formalitzada, que els permeti a més compartir els interessos i aprenentatges amb altres persones.

Així, si bé ens movem en un ampli marge d'edat per algunes de les raons esmentades, també establím en un ampli marge el concepte de formació permanent en el context de l'aprenentatge al llarg de tota la vida. En primer lloc, la definició mateixa ja ens anuncia la diversitat d'objectius i possibilitats d'aquest aprenentatge, fins i tot centrat en l'edat adulta i deixant de costat l'etapa prelaboral, el gruix de la formació professional, de la formació vinculada al treball. L'aprenentatge permanent inclou diverses maneres de dur a terme l'activitat, tant d'àmbit formal com no formal i informal.

Amb tot, i pel que fa al col·lectiu de persones adultes, prenent en consideració la classificació per grups d'edat que va proposar el NIAACE (2009) en relació amb la formació permanent, (fins a vint-i-cinc, de vint-i-cinc a cinquanta, de cinquanta a setanta-cinc, més de setanta-cinc anys), és important comprendre les necessitats i les aspiracions dels estudiants en general i de les persones més grans en particular, si bé existeix un consens pel que fa als grans objectius que promou l'aprenentatge permanent: acompliment personal, ciutadania activa, inclusió social, ocupabilitat i adaptabilitat. Objectius que adquireixen més sentit i importància en el context del canvi demogràfic i de les característiques dels diferents grups d'edat.

## Aprenentatge al llarg de tota la vida i canvi demogràfic

Efectivament, a mesura que ens endinsem en la primera dècada del segle XXI, l'envelliment demogràfic és una de les principals tendències a escala mundial. Com indica l'Organització de les Nacions Unides, atès el ritme de creixement de la població de persones grans del món, el 2050 es preveu que hi haurà una població de dos mil milions de persones més grans de seixanta o més anys. En un context d'augment de l'esperança de vida de la població, de millora de la salut, s'incrementa la longevitat de les persones grans, n'augmenta el nombre i també el nombre d'aquelles que tenen i tindran més problemes de dependència. Aquesta idea queda reflectida en l'estudi titulat *Why population aging matters: a global perspective*<sup>3</sup> (2007), en el qual de manera succinta es descriuen els principals trets d'aquest grup de població pel que fa a la salut i als aspectes socials i també els reptes i les oportunitats que poden estimular el diàleg científic i polític. L'informe identifica nou tendències que ofereixen una fotografia dels reptes de futur en la població mundial:

<sup>3</sup> <http://www.nia.nih.gov/researchinformation/extramuralprograms/behavioralandsocialresearch/globalaging.htm>.

1. La població mundial envelleix. Per primera vegada en la història, les persones de seixanta-cinc i més anys aviat excediran en nombre els nens i les nenes de menys de cinc anys d'edat.
2. Augmenta l'esperança de vida. La major part de països mostren un augment estable de la longevitat al llarg del temps. Això planteja qüestions sobre el potencial de la vida humana.
3. El nombre de vells més vells està augmentant. Les projeccions de la població mundial de vuitanta i més anys indiquen un augment del 233% entre el 2008 i el 2040, que contrasta amb el 160% de la població de seixanta-cinc i més anys i el 33% del total de la població de totes les edats.
4. Algunes poblacions envelleixen mentre el seu volum disminueix. Mentre que la població mundial envelleix, el volum total de la població està disminuint de manera simultània en alguns països, i es preveu que la llista d'aquests països s'ampliarà.
5. Les malalties no contagioses s'estan convertint en una càrrega creixent. Ara les malalties cròniques no contagioses són la causa principal de mort entre les persones més grans, tant als països en via de desenvolupament com als països desenvolupats.
6. Les estructures familiars estan canviant. A mesura que les persones viuen més i tenen menys fills, les estructures familiars es transformen i les opcions de cures en les edats més avançades poden canviar.
7. Els patrons de treball i retir estan canviant. La reducció de la proporció del nombre de treballadors en relació amb el de pensionistes i el fet que les persones passin una part major de les seves vides en la jubilació fan augmentar els impostos de salut i dels sistemes de pensions existents.
8. Els sistemes de seguretat social estan evolucionant. Com que les despeses de seguretat social augmenten, un nombre creixent de països està avaluant el manteniment d'aquests sistemes.
9. Emergeixen nous desafiaments econòmics. L'envelliment de la població té i tindrà grans efectes en els programes de prestacions socials, l'oferta de treball i l'estalvi total a tot el món i pot exigir nous enfocaments fiscals per adaptar-se a un món en canvi.

D'acord amb això, i tal com recull l'informe mundial sobre l'envelliment *An aging world: 2008* (2009),<sup>4</sup> el creixement estable i sostingut dels grups de població més grans, princi-

<sup>4</sup> <<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>>.

palment a partir del 2010, planteja innombrables reptes per a les polítiques de benestar. D'acord amb el que hem explicat que recull l'Institut Nacional de Salut dels Estats Units, l'informe examina les repercussions socioeconòmiques de les tendències sociodemogràfiques d'envelliment de la població mundial i destaca, d'una banda, el triomf dels avenços mèdics, socials i econòmics i, de l'altra, els desafiaments que planteja l'envelliment de la població pel que fa a la seguretat social i els plans de pensions, els sistemes d'atenció a la salut, i els models existents de suport social. L'envelliment de la població afecta el creixement econòmic, els patrons de malaltia i prevalença i les suposicions fonamentals sobre l'envelliment.

En definitiva, en l'informe es recomana invertir en investigació de caràcter transnacional i multidisciplinari sobre els nou reptes detallats anteriorment. Es planteja la necessitat de generar el coneixement necessari en aquests àmbits per produir dades que permetin guiar les polítiques públiques i la planificació a llarg termini, com ja estan fent molts països en desenvolupament. De fet, les conseqüències financeres i socials de l'envelliment de la població estimulen l'expansió de la investigació en noves àrees que van des de la macroeconomia als recursos genètics.

Des d'una perspectiva positiva i en coherència amb la Declaració de Brasília de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) del 1996, «l'envelliment està lligat al desenvolupament. Les persones grans saludables són un recurs per a les seves famílies, les seves comunitats i l'economia». Per això és important dur a terme les polítiques adequades que permetin influir sobre la salut i la qualitat de vida de la població de persones grans. D'aquesta manera, i a partir de les consideracions recollides al Pla d'Acció Internacional de Madrid sobre l'Envel·liment,<sup>5</sup> de l'any 2002, una de les línies més importants de treball en relació amb les persones grans és apostar per les polítiques d'envelliment actiu. Es tracta d'optimitzar les oportunitats de salut, d'educació, de participació i de seguretat, millorant la qualitat de vida de la població al llarg del cicle vital. Cal prendre en consideració els factors econòmics, socials, ambientals, personals, comportamentals i dels serveis de salut i socials que hi influeixen, en un context cultural determinat i tenint en compte una perspectiva de gènere.

Efectivament, les tendències de l'envelliment de la població indiquen com n'és d'important parar esment en aquest col·lectiu. En el context de la Unió Europea i segons la projecció de l'Eurostat (2004),<sup>6</sup> el 2050, el percentatge de persones grans que tindran entre seixanta-cinc i setanta-nou anys serà d'un 18,5% de la població total, i el de les persones més grans de vuitanta anys de l'11,8%, que tindrà un augment més accelerat a d'Espanya, on se situarà per sobre del 30%. Un dels reptes més importants és donar resposta a la major demanda d'assistència sanitària i l'adaptació dels sistemes de salut i socials a aquesta nova situació.

<sup>5</sup> <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-01.pdf>>.

<sup>6</sup> <[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/publication?p\\_product\\_code=KS-CD-04-001](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-CD-04-001)>.



Les propostes sobre l'envelliment actiu permeten tenir una visió optimista de les persones grans i de les seves contribucions actuals i futures en la societat, més enllà de visions pessimistes i de càrrega. Sobre aquest tema, el lema de la celebració del dia internacional de les persones grans de l'1 d'octubre de 2010, «Una nova força per al desenvolupament», tenia la finalitat de destacar la tasca tan important que porten a terme les persones grans en àmbits molt diversos de la societat i la gran importància que té el fet d'apostar per la inversió en la creació de les condicions que afavoreixen la salut, l'autonomia i la independència d'aquest col·lectiu, perquè participin en totes les qüestions que els afecten com a ciutadans i com a col·lectiu amb unes necessitats específiques per raons socials i de salut.

## Envellir amb èxit

L'envelliment de la població i les projeccions d'augment d'aquesta població estan influïent en les polítiques que es duren a terme en diversos àmbits relacionats amb el manteniment equilibrat del sistema pel que fa a l'atenció i la disponibilitat de recursos. També, per força, en relació amb el treball, l'edat de jubilació, els recursos econòmics, de salut i socials destinats a la població de persones grans, per la qual cosa també és necessari reflexionar sobre les opcions que permetin potenciar al màxim els recursos disponibles.

Així, és clar que l'endarreriment de l'edat de jubilació en la majoria de països europeus—no tant per respondre als desitjos del treballador en cas que vulgui seguir treballant durant més temps, per fomentar la participació social o per allargar la durada de la cotització a la seguretats social—també requereix invertir en projectes de formació permanent, com ara projectes que permetin adquirir o actualitzar les habilitats necessàries d'aquests treballadors per respondre a les demandes laborals i que romanguin en actiu de la millor manera possible. D'altra banda, és necessari invertir en els recursos socials, de salut o d'un altre tipus que donin resposta a les necessitats físiques, psíquiques i socials de les persones que, a mesura que envelleixen, presenten més vulnerabilitat i necessiten més suport. Sobre aquest tema i des d'una perspectiva de procés i de potenciació dels recursos, les línies de treball més interessants són les que es basen en models d'envelliment actiu i positiu. Aquests models se centren a potenciar la salut de les persones fomentant la presa de decisions personals en relació amb les seves capacitats funcionals físiques, psíquiques i socials en el seu propi procés d'envelliment enfront de la passivitat del fet d'esperar la decadència, el declivi i la dependència, l'activitat de potenciar la salut, la qualitat de vida i la independència al més aviat possible i el màxim de temps possible.

En aquest context de potenciació de tot el que suposa l'envelliment saludable o l'envelliment actiu o amb èxit, és interessant analitzar el decàleg que va aprovar la Societat Espanyola

de Geriatria i Gerontologia,<sup>7</sup> un decàleg que es concreta en els punts següents i que és una expressió del que signifiquen les polítiques i les actuacions de l'envelliment actiu:

1. L'alt envelliment de la població és un assoliment històric, conseqüència del seu progrés.
2. Tota persona gran ha de sentir-se orgullosa d'haver arribat a aquesta edat.
3. La vellesa pot ser una etapa de la vida tan positiva com qualsevol altra.
4. No és just que es fomentin temors i sobresalts en les persones grans.
5. Han de desaparèixer totes les formes de discriminació per l'edat.
6. La dependència no és conseqüència de l'edat.
7. És possible disminuir la freqüència i la intensitat de la dependència.
8. L'atenció geriàtrica és un dret bàsic a la qual no té accés la majoria de les persones grans quan la necessiten.
9. És necessària una llei de dependència justa i que doni suport a les famílies.
10. No s'ha de relacionar vellesa amb terminalitat.

És evident que aquest decàleg suposa, d'una banda, una presa de decisions clara i manifesta sobre la nova realitat de les persones grans i, d'altra banda, l'aposta per un model d'envelliment diferent del que tradicionalment havien tingut les persones grans en el seu procés vital.

Així mateix, cal fer referència, dins d'aquesta filosofia de l'envelliment actiu i positiu, a la declaració ministerial de Lleó del 2007, en la qual els representants dels estats membres de la Comissió Econòmica de les Nacions Unides per a Europa (CEPE), van aprovar un document titulat «Una societat per a totes les edats: reptes i oportunitats». És una declaració emmarcada en l'Estratègia Regional d'Aplicació del Pla d'Acció Internacional de Madrid sobre l'Envelliment, els punts fonamentals del qual són els següents:

1. Celebrem l'augment continuat de la longevitat com un assoliment important de les nostres societats i observem amb reconeixement els canvis i les adaptacions efectuats com a resposta a l'envelliment de la població.
2. Seguim decidits a arribar a l'objectiu últim d'una societat per a totes les edats basada en el respecte dels drets humans, la protecció contra la discriminació per motius d'edat, la cohesió social i la igualtat d'oportunitats per als homes i les dones de totes les edats.
3. Estem compromesos a seguir promovent la integració de l'envelliment en totes les esferes normatives en els àmbits local, nacional i internacional. Aquestes normes i polítiques haurien de basar-se en els principis de la reciprocitat, l'equitat i la interdependència entre les generacions.

<sup>7</sup> <<http://www.segg.es>>.

4. Fomentar la imatge positiva de les persones grans, en particular mitjançant el sistema educatiu i campanyes en els mitjans de difusió, pot contribuir en gran mesura al fet que s'apreciïn de manera més generalitzada les aportacions que aquestes persones poden fer a la societat.
5. El civisme actiu, el dinamisme de la societat civil i la interacció entre els ciutadans i l'estat són imprescindibles per aconseguir una societat per a totes les edats. El foment de les possibilitats d'acció de les persones d'edat i la promoció de la seva participació plena són crucials perquè aconseguixin una vellesa activa.
6. Estem decidits a seguir promovent polítiques que permetin a les persones aconseguir una edat avançada més sanes i amb més seguretat, així com viure amb independència i dignitat.
7. Exhortem que es doni suport a les persones d'edat que necessitin cures. Estem decidits a millorar i fer sostenibles els serveis socials així com l'atenció de la salut i les cures perllongades de les persones d'edat necessitades, especialment de les que optin per romandre a les seves llars.
8. Considerem que l'accessibilitat, la dignitat, els nivells de qualitat i, molt especialment, la protecció contra el maltractament i l'abandó de les persones grans plantegen reptes importants en l'esfera de la prestació de serveis.
9. Som conscients que, en l'actual context de longevitat creixent, ha d'introduir-se més flexibilitat en els processos de transició que té lloc al llarg de la vida entre l'educació, el treball i la jubilació, a fi que cada persona pugui prendre les seves pròpies decisions en matèria de situació familiar i seguretat social.
10. A fi d'impulsar el creixement econòmic en una societat que envelleix, hauríem de treure el màxim partit de l'experiència i la competència que les persones grans han adquirit al llarg de les seves vides.
11. Els productes i serveis que tenen en consideració les preferències i necessitats de les persones grans poden millorar la seva qualitat de vida i contribuir a una vida independent.
12. Ens esforcem per adoptar una perspectiva de l'aprenentatge que tingui en compte la vida sencera i per crear entorns i incentius que promoguin una educació i una formació permanents, perquè els ciutadans de totes les edats i grups socials puguin aconseguir i conservar ocupacions millors.

13. Estem decidits a promoure la solidaritat intergeneracional com un dels principals pilars de la cohesió social i de la societat civil.
14. Som conscients que la investigació és fonamental per al disseny de polítiques i programa eficaços.
15. Les persones que tenen la responsabilitat de cuidar altres persones, avui dia majoritàriament dones, han de rebre suport en el desenvolupament d'aquesta tasca, estar protegides en la marginació en les seves activitats professionals i en els sistemes de protecció social, i tenir accés a informació, oportunitats de formació i períodes de descans.

D'aquesta declaració es pot constatar l'aposta clara i manifesta per l'envelliment actiu, per la visibilitat de les persones grans, per la formació, per la necessitat d'investigar dins d'aquest àmbit o pel treball intergeneracional. A més, aquesta declaració és important no solament perquè sorgeix de diversos estats, sinó perquè es fa a partir d'un coneixement clar de la realitat i de la voluntat política de dur a terme aquest tipus d'actuacions. Només des de la col·laboració entre els estats, la societat civil i les mateixes persones grans serà possible construir una societat sense discriminació per raons d'edat; i això incidirà sobre la política social, sobre la investigació, sobre l'educació permanent, sobre les pensions o sobre la participació real de les persones grans en les seves pròpies decisions.

Diferents autors, però especialment Rowe i Kahn (1999) a través del model d'envelliment reeixit, destaquen tres components que hi contribueixen: baixa probabilitat de malaltia i de malaltia relacionada amb la discapacitat, participació activa en la vida i alt funcionament físic i cognitiu. Com indiquen els autors, envellir amb èxit no és només l'absència de malaltia o el manteniment de les capacitats funcionals, és més aviat la combinació d'aquests fets amb la participació activa en la vida, la qual cosa representa el concepte de forma d'envelliment més completa. Aquests tres components tenen un element en comú en relació amb el fet d'envellir amb èxit: fomentar la presa de decisions personals, ambientals i d'estil de vida, minimitzant la importància de la genètica i influint en els factors de risc que potencien l'aparició i el desenvolupament de la malaltia. En qualsevol cas, una de les principals qüestions de la seva eficàcia té a veure amb el control personal en la presa de decisions que potencien la qualitat de vida.

## El compromís i la participació

Reprement el que dèiem sobre potenciar al màxim l'envelliment actiu mitjançant el desenvolupament d'activitats físiques, cognitives i socials, cal dir que alguns treballs destaquen la importància de dur a terme activitats que repercutixin en el benestar. Així, per exemple, Zedlewski i Butrica (2007) en un treball en el qual es pregunten si estem aprofitant al màxim

el potencial de les persones grans, responen que el compromís, tant a nivell laboral com en activitats de voluntariat formal en alguna organització en les edats més avançades, beneficia de manera significativa la salut i el benestar dels voluntaris. També beneficia l'organització que compta amb ells, les persones a les quals serveixen aquestes organitzacions i l'economia. Els qui regularment treballen o fan voluntariat tenen més bona salut i viuen més, gràcies als ambients estimulants en els quals es mouen i també al fet de tenir un propòsit en la vida.

En aquest treball les autores mostren els resultats de la revisió de deu estudis publicats entre el 1999 i el 2007, que documenten l'associació positiva i significativa entre l'activitat de voluntariat i el decrement de la mortalitat i la depressió, la millora de la salut i de la força, més felicitat i la millora de l'habilitat cognitiva. En vista d'aquests resultats, les autores defensen els avantatges del manteniment de la vinculació i el compromís social i laboral en les persones grans. Pel que fa a l'exercici del voluntariat, la millora de la salut mental i física redueix potencialment els costos en la salut pública i a més beneficia els qui reben els serveis que proporcionen les persones grans. En l'àmbit laboral, el fet d'invertir a formar les persones grans perquè facin una nova feina i perquè disposin d'oportunitats de voluntariat aporta beneficis de tipus personal, comunitari i nacional.

Un dels resultats destacables de la implicació o la participació personal és la vinculació amb xarxes socials, especialment en un moment de la vida en el qual els principals vincles amb les xarxes es van afeblint i perdent, tant pel que fa a la parella i la família, com els amics o la feina. Les xarxes socials són un component molt important de suport i integració social i, per tant, un component molt important en la qualitat de vida (Orte i Vives 2006). D'acord amb aquesta qüestió i tal com diu Swindell (2009),<sup>8</sup> a propòsit d'un estudi sobre formes de vida i convivència —dut a terme per Dorling i col·laboradors el 2008 per a la BBC, titulat en l'idioma original *Changing UK: the way we live now*—, no només es tracta de la debilitació dels llaços socials a causa de la pèrdua o desvinculació per raons laborals o familiars, també per les formes de vida i convivència actual. L'estudi de Dorling compara els índexs de solitud dels ciutadans del Regne Unit entre el 1971 i el 2001, mostrant a través de mapes les dades que reflecteixen l'important augment de l'aïllament i de l'anomia o sentit d'alienació i pèrdua de propòsit en la vida dels ciutadans del Regne Unit en el període analitzat.

## L'aprenentatge al llarg de tota la vida, l'autocura i les universitats de persones grans

El que hem dit sobre els avantatges del compromís en activitats que potencien la participació i la satisfacció, tant en l'àmbit laboral com en l'exercici del voluntariat, és aplicable a l'aprenentatge. La realització d'activitats d'aprenentatge permanent també

<sup>8</sup> <[http://www3.griffith.edu.au/03/u3a/research\\_reports.php](http://www3.griffith.edu.au/03/u3a/research_reports.php)>.

ha demostrat importants beneficis personals i socials en totes les edats i, a més, potencia l'exercici de la ciutadania activa. Amb tot, i com recull un altre apartat, malgrat els avantatges i resultats de l'aprenentatge al llarg de tota la vida quant a la qualitat de vida, l'increment d'independència i l'envelliment productiu, la participació en l'aprenentatge per part de les persones grans encara és limitada. Tant si es tria el criteri de grup d'edat en comparació altres grups de menys edat, com si es té en compte la major necessitat per les raons de poca formació, major expectativa de vida, ampliació de l'edat de jubilació, poques habilitats en l'ús de les tecnologies de la informació i de la comunicació, més necessitat de suport social i, en definitiva, la necessitat de formar part de manera activa de la societat del coneixement, les raons són variades; hi ha raons històriques, culturals i econòmiques en general, les quals també tenen a veure amb barreres de diferent tipus com la falta de temps, sobretot per raons laborals o compromisos familiars, la falta d'informació sobre aquestes accions i programes, estructures educatives insuficients i altres qüestions lligades a l'economia personal o fins i tot actitudinals.

És per això que cada vegada és més important conèixer les necessitats d'aquest col·lectiu en l'àmbit educatiu i també ho és donar a conèixer la importància estratègica d'invertir en formació. Es tracta de mantenir la salut al màxim de temps possible, facilitant l'autocura, la participació i la presa de decisions informades en relació amb el mateix procés d'envellir. Tot i que ja hem dit que l'aprenentatge permanent pot dur-se a terme amb diferents propòsits de tipus intel·lectual, relacionats amb l'acreditació, la interacció social, la formació laboral o la participació civil, l'aprenentatge en els adults més grans sol dur-se a terme sobretot per raons de desenvolupament personal.

Per això, val la pena destacar les accions educatives de tipus no vocacional destinades a aquest col·lectiu, que s'estan duent a terme a Europa i en la majoria de països del món de manera molt reeixida, tot i que encara no sigui un projecte universal de què puguin beneficiar-se totes les persones que podrien fer-ho per raons d'edat, d'interès i de necessitat. Ens referim als programes educatius per a persones grans, que en molts llocs es coneixen com a universitats de tercera edat, si bé algunes han anat canviant la seva denominació des de la seva creació. Encara que ens centrem a Europa, cal dir que l'inici d'aquest tipus de programes més o menys amb els mateixos objectius, característiques i població destinatària, es pot situar a la ciutat de Nova York l'any 1962, sota els auspicis de l'Escola d'Investigació Social, amb el nom d'instituts d'aprenentatge en el retir (ILR). Ara es coneixen com a instituts d'aprenentatge al llarg de la vida (ILL) fonamentalment als Estats Units i al Canadà, encara que en alguns llocs d'Europa també podem trobar denominacions semblants. Molts d'aquests instituts estan vinculats a universitats, es troben al mateix campus i tenen accessibilitat a les instal·lacions universitàries. D'altres no estan vinculats a universitats i tenen un funcionament més autònom i basat en l'intercanvi d'informació, l'autoajuda i un fort component de voluntariat i de sentit d'organització. Utilitzen nomenclatures diferents, en molts casos el nom de la institució que els dona

suport. És el cas, per exemple, dels més de 120 (en l'idioma original) *Osher lifelong learning institutes* (OLLI), en diferents campus de l'Amèrica del Nord, patrocinats per la Fundació de Bernard Osher, una organització filantròpica amb seu a San Francisco. Aquests instituts estan connectats a la universitat en què se situen els programes destinats a adults més grans de cinquanta anys amb cursos molt variats i en reben suport.

De tota manera, és a Europa on es localitzen els dos models d'universitats de tercera edat que han tingut més impacte. Probablement perquè, encara que van sorgir més d'una dècada després que els instituts d'aprenentatge en el retir, tant les seves repercussions com la seva extensió a Europa i en altres llocs del món va tenir lloc de manera molt ràpida, al contrari que els instituts d'aprenentatge en el retir americans, que ho van fer d'una manera més lenta. Es tracta del model francès (*université du troisième âge*, UTA) i del model britànic (*the university of the third age*, O3A). Són models que s'han iniciat i desenvolupat d'una manera diferent, encara que amb molts elements en comú, fonamentalment el mateix objectiu de possibilitar l'aprenentatge permanent de les persones més grans. Fins i tot ara les sigles també són intercanviables, encara que en els inicis eren una marca de distinció entre tots dos models.

El model més conegut i que ha tingut més impacte és el de les *universités du troisième âge*, iniciat i desenvolupat per Pierre Vellás, professor d'Economia Política de la Universitat de Tolosa de Llenguadoc, a partir de l'engegada d'un curs d'activitats d'estiu per a persones grans jubilades. Es va dur a terme al campus de la seva universitat el 1972, amb una conferència setmanal sobre una temàtica molt interessant per a l'alumnat, grups de discussió, seminaris i activitats lúdiques i la utilització dels recursos i espais de la Universitat. A partir de l'interès suscitat en l'alumnat per la continuïtat i l'ampliació d'aquestes activitats, el 1973, aquest moment va ser l'inici de la programació del que seria la primera universitat de tercera edat a Tolosa de Llenguadoc, amb una programació d'activitats educatives i culturals de durada anual, impartida al llarg de la setmana (Morris 1984, a Huang 2006). Així doncs, la primera *université du troisième âge* va néixer vinculada a la Universitat, tant a nivell d'ubicació com pel que fa al professorat i a l'atenció a la qualitat dels continguts impartits. El sistema dut a terme és especialment interessant; consisteix fonamentalment en activitats basades en l'interès dels participants i un ensenyament-aprenentatge de tipus actiu i participatiu, combinat amb activitats recreatives. A partir d'aquest moment, l'expansió d'aquesta fórmula, tant a França com en molts països del món, ha estat molt important. Encara que en l'àmbit organitzatiu no tenen un sistema únic, la majoria són entitats independents i autònomes, però vinculades a universitats d'una manera o altra i també als departaments de benestar social nacional o local. També estan integrades dins associacions com la UFUTA (Union Française des Universités de Tous Âges)<sup>9</sup> a França o l'AIUTA (Association Internationale des Universités du Troisième Âge)<sup>10</sup>

<sup>9</sup> <<http://www.ufuta.fr/pres.php>>.

<sup>10</sup> <<http://www.aiuta.org>>.

de tipus internacional, la qual cosa també ha contribuït de manera important a la seva gran expansió.

En el cas del model britànic, l'origen també és el de les universitats de tercera edat franceses que, a partir d'aquest model, en van crear un de propi. Un model diferent, no tant en els aspectes que es refereixen a l'oferta d'activitats educatives, culturals i recreatives i, per tant, al foment de la vinculació, la participació i l'interès per aprendre de les persones grans a les quals es dirigeix, com pel que fa als aspectes organitzatius, de dependència econòmica i fins i tot política i administrativa. Probablement aquest fet té a veure amb la formació i la trajectòria del seu fundador, Peter Laslett, historiador i membre destacat del Trinity College de Cambridge, una persona defensora del moviment per ampliar l'accés a l'educació per a tothom, que va inspirar la creació de l'Open University el 1969 i de la Universitat de Tercera Edat (O3A), moviment educatiu per a persones grans en edat de jubilació, el 1982. Així doncs, el primer projecte d'universitat de tercera edat al Regne Unit es va iniciar a Cambridge en 1982.<sup>11</sup> Amb uns principis de partida diferents als de les universitats de tercera edat franceses, perquè la persona gran és el centre actiu del projecte des de la perspectiva de l'ensenyament-aprenentatge, amb un rol actiu com a professor i com a alumne. L'alumnat és qui decideix els temes que vol estudiar, l'organització i el finançament i qui imparteix l'ensenyament. El sistema és fonamentalment interactiu i les activitats que s'hi ofereixen són tant acadèmiques com socials, esportives i recreatives. Funcionen de manera autònoma i sense l'ajuda financera de l'estat. Els programes es desenvolupen en diferents llocs i espais de la comunitat. Des de la seva creació, aquest projecte també s'ha estès al Regne Unit i a altres països del món. Probablement hi ha contribuït el fet que tinguin un òrgan de representació nacional al Regne Unit (The Third Age Trust O3A)<sup>12</sup> i que estiguin vinculades a associacions internacionals com la mateixa AIUTA.

Amb tot, i encara que aquests dos models són els que han tingut més repercussió i han donat lloc a la creació de molts altres programes educatius destinats a l'aprenentatge permanent de les persones grans, amb aquesta mateixa filosofia o una de nova, existeixen altres models. És el cas d'Espanya on, si bé existeixen aules de tercera edat, també organitzades i federades, com la Confederació Espanyola d'Aules de Tercera Edat (CEATE),<sup>13</sup> han sorgit altres projectes formatius generats a la mateixa universitat, els anomenats *programes universitaris de persones grans*, que des del seu naixement en la dècada dels anys noranta han tingut un gran èxit i s'han disseminat per totes les universitats espanyoles. Encara que cada programa és propi i característic de la universitat, rep suport econòmic dels governs autonòmics i/o locals. També en aquest cas estan organitzats en l'Associació Estatal de Programes Universitaris per a Persones Grans (AEPUM).<sup>14</sup> En el conjunt d'Europa

<sup>11</sup> <<http://www.u3ac.org.uk>>.

<sup>12</sup> <<http://www.u3a.org.uk>>.

<sup>13</sup> <<http://www.ceate.es>>.

<sup>14</sup> <<http://www.aepumayores.org>>.



existeixen altres fórmules d'educació de persones grans en les quals es combinen diverses possibilitats formatives, per exemple programes intergeneracionals amb alumnes regulars a temps parcial, com a Àustria, Alemanya i Bèlgica, i programes que combinen activitats destinades a les persones grans però que també tenen una part intergeneracional amb alumnat regular com a Alemanya, Escòcia i Polònia. En definitiva, projectes que s'han anat adaptant a la idiosincràsia de cada país en el qual s'han desenvolupat.

## Les iniciatives europees per millorar les competències i prevenir l'exclusió social

A Europa, potenciant el partenariat entre països de la Unió, el programa Grundtvig<sup>15</sup> inclòs en les iniciatives de la Comissió Europea en el programa d'aprenentatge al llarg de tota la vida és digne d'esment. Es va iniciar l'any 2000 i el seu objectiu és que els adults grans puguin millorar els seus coneixements i competències al llarg de la vida. Se centra en totes les accions d'educació continuada no vocacional, d'adults en risc d'exclusió social i persones grans, amb l'objectiu que puguin accedir a noves oportunitats d'aprenentatge.

Pel que fa a les accions dutes a terme mitjançant aquest programa, han quedat recollides en els documents generats en la conferència titulada, en l'idioma original, «Grundtvig, a decade of European innovation in adult learning»<sup>16</sup> (Brussel·les, gener de 2010). Volem destacar alguns aspectes relacionats amb les dificultats que alguns grups socials més marginals, incloent-hi les persones grans, afronten per accedir a l'aprenentatge, a les quals es dirigeixen les accions del programa Grundtvig, amb la mirada dirigida als objectius de Lisboa i tenint en compte les dificultats especials de les persones més grans de quaranta-cinc anys perquè els sistemes de formació encara estan àmpliament focalitzats en l'educació i formació de les persones joves.

De fet, les dades aportades per un dels grups de treball centrat en l'educació d'adults dels ciutadans més grans fan referència a l'educació i l'envelliment a Europa, i mostren aquestes dificultats:

- El descens en un 15% del nombre de joves europeus de fins a vint-i-quatre anys.
- L'augment fins al doble de les ràtios de dependència actual es donarà el 2060 als 27 països de la UE.
- El descens de la proporció de persones en edat de treballar (de quinze a seixanta-quatre anys) respecte al nombre de persones de seixanta-cinc o més anys. De quatre persones

<sup>15</sup> <[http://ec.europa.eu/education/programmes/llp/grundtvig/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/education/programmes/llp/grundtvig/index_en.html)>.

<sup>16</sup> <[http://ec.europa.eu/education/grundtvig/doc1974\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/grundtvig/doc1974_en.htm)>.

en edat de treballar per cada persona de seixanta-cinc o més anys es passarà a dues per cada una el 2060.

- L'edat mitjana dels ciutadans europeus serà de 47,9 anys el 2060.
- El descens de la participació en educació i formació a mesura que augmenta l'edat (14% el 2003 en el grup de vint-i-cinc a vint-i-nou anys i 4% en el grup de cinquanta-cinc a seixanta-cinc anys).
- Als 27 països de la UE el 40,4% de les persones d'edat entre cinquanta-cinc i seixanta-quatre anys no té una qualificació superior a la de secundària. En nou països és superior al 50%. Si són més grans de seixanta-cinc anys, el percentatge és de 62% i a sis països del 80%.

La participació en l'aprenentatge disminueix amb l'edat. Segons les dades de NIACE del 2009, a Anglaterra el 64% de les persones de divuit a vint-i-quatre anys i el 44% de les persones de vint-i-cinc a quaranta-nou anys van informar de la seva actual o recent participació en l'aprenentatge, comparat amb el 30% de les de cinquanta a setanta-quatre anys, i el 13% de les de setanta-cinc i més anys.

L'anàlisi de les tendències de la participació en l'aprenentatge dels últims deu anys també és molt important, especialment perquè posa de manifest les dificultats d'accés a l'educació permanent. Són les següents (NIACE 2009):

1. La participació està molt relacionada amb la classe social. Com més gran és la posició socioeconòmica, més probable és la participació en l'aprenentatge.
2. La vinculació a la feina també hi apareix contínuament com un factor de gran importància. Fins i tot el fet d'estar en un nivell laboral baix proporciona una millor oportunitat d'aprenentatge que el fet d'estar fora del mercat de treball.
3. La participació està relacionada amb l'edat. L'edat està relacionada amb el major descens de la participació, molt més alt del que podria explicar-se per qualsevol disminució en la capacitat individual relacionada amb l'edat.
4. Tenir una discapacitat és un obstacle important per a la participació.

D'acord amb aquestes dades, la Comissió Europea va publicar diversos documents (el 2006 i 2007, amb els títols respectivament, en l'idioma original, *It is never too late to learn* i *It is always a good time to learn*), en els quals es posa de manifest la importància com a grup diana dels grups més desfavorits i més allunyats de les possibilitats que ofereix

l'aprenentatge al llarg de tota la vida. Així doncs, aconseguir que tots els grups d'adults estiguin més ben informats sobre les oportunitats d'educació i formació i assegurar que els responsables polítics i professionals estiguin més ben informats dels resultats més recents i de les bones pràctiques en aquest àmbit s'està convertint en una prioritat clau i especialment pel que fa als grups de persones que hi tenen més dificultats d'accés.

## El paper de la investigació en la promoció de l'envelliment actiu

La posada en marxa del Programa envellir (Growing older programme),<sup>17</sup> desenvolupat a la Gran Bretanya des de la segona meitat dels anys noranta i dirigit pel professor Alan Walker de la Universitat de Sheffield, és una de les expressions més significatives de la coordinació entre la investigació gerontològica, les institucions públiques, la societat civil organitzada i el desenvolupament de programes d'actuació sobre les persones grans que incrementin la seva qualitat de vida. Aquest programa, el Programa envellir, *Growing older programme* (GO), consisteix en un total de vint-i-quatre projectes d'investigació, centrats en la millora de la qualitat de vida de les persones grans. Formen part d'un projecte engegat per l'Economic and Social Research Council (ESRC), que té dos objectius molt concrets: en primer lloc, l'estudi de la qualitat de vida des d'un punt de vista multidisciplinari i, en segon lloc, la promoció de polítiques i pràctiques en matèria d'envelliment. Es tracta, en qualsevol cas, de possibilitar que les persones grans gaudeixin d'una vida activa, independent i segura, en què tots els membres de la societat, independentment de la seva edat, siguin valorats i cadascun tingui l'oportunitat de desenvolupar plenament el seu paper social.

En qualsevol cas, amb aquest programa s'intenta començar a donar resposta a uns dels reptes més importants que tenen plantejades les societats més desenvolupades amb relació a l'increment del nombre de persones grans, l'increment de l'esperança de vida de la població i l'augment del nombre de persones grans dependents. La manera com les administracions públiques, la societat civil en el seu conjunt i les persones grans mateixes donin resposta a aquest reptes condicionarà el futur no solament d'aquest col·lectiu de persones grans, sinó de la cohesió social i el manteniment del pacte intergeneracional que existeix en l'actualitat. Tanmateix, donar resposta a aquests reptes implica canvis polítics, socials, econòmics, actitudinals; implica incorporar les noves tecnologies a les polítiques i als programes per a aquest sector de població; implica ser capaços de reflexionar sobre les noves formes de jubilació, de posar en marxa programes de jubilació flexible, de canviar les relacions entre el treball i la jubilació, implica ser capaços de facilitar que les persones grans puguin conèixer els programes de voluntariat i participar-hi, així com els programes d'autoajuda, d'assessorament econòmic, etc. Implica, doncs, una nova concepció de les persones grans i de les seves relacions amb la societat i amb el poder polític.

<sup>17</sup> Observatorio de Personas mayores (IMSERSO). «Envejecer en el siglo XXI». *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, núm. 21 (febrer de 2006). <<http://www.imsersomayores.csic.es>>.

En tot cas, el que resulta evident, d'acord amb el que planteja el Programa envellir, és la necessitat que s'estableixi un gran acord entre els poders públics, els centres de recerca i de formació i el conjunt de la societat civil, amb la participació activa del sector de la gent gran, amb l'objectiu d'ajuntar esforços, definir polítiques i establir responsabilitats amb relació a aquest sector de població.

Una relació de diversos projectes d'investigació que tenen com a objectiu millorar la qualitat de vida de les persones grans i, per tant, la seva participació i visibilitat social, ens pot ajudar a comprendre l'abast d'aquest programa, coordinat pel professor A. Walker:

1. Anàlisi de les percepcions de la qualitat de les persones grans fràgils durant i després del seu ingrés a centres institucionals.
2. Qualitat de vida de les persones grans saludables: entorn residencial i processos de comparació social.
3. Qualitat de vida i suport social en persones de diferents grups ètnics.
4. Qualitat de vida i funció cognitiva en la vida real.
5. Creences religioses i sentit existencial en la vellesa: l'experiència de parelles grans en dol.
6. Experiència de persones grans en treballs remunerats.
7. Homes grans, els seus àmbits socials i estils de vida saludables.
8. Persones grans en barris deprimits: exclusió social i qualitat de vida en la vellesa.
9. Persones grans que no poden sortir de casa: relacions entre identitat, autoestima i ocupació de serveis assistencials.
10. Persones grans i educació continuada: opcions i experiències.
11. Ser padrins: el seu significat i la contribució a la vida de les persones grans.
12. Soledad, aïllament social i viure tot sol en la vellesa.
13. Transport i envelliment: ampliar la qualitat de vida de les persones grans mitjançant el transport públic i privat.
14. Valoració de la importància de la reminiscència en la qualitat de vida de les persones grans.

## 15. Vides i veus de dones grans: participació i política a Sheffield.

Es tracta, doncs, d'una sèrie d'investigacions en les quals la qualitat de vida, les desigualtats, la tecnologia i la seva funcionalitat, la família i les xarxes de suport, la formació i l'educació, i la participació de la vellesa són els eixos fonamentals; uns eixos fonamentals que han de fonamentar el desenvolupament de polítiques concretes per a les persones grans. Unes investigacions que, en definitiva, pretenen relacionar la investigació amb les necessitats de la població de persones grans.

En aquesta mateixa perspectiva, també, resulta interessant analitzar els diversos programes marc d'investigació de la Unió Europea. Així, hem d'assenyalar que el tema de l'envelliment està present en una sèrie d'àrees temàtiques, per exemple, al VI Programa marc: a) ciències de la vida, genòmica i biotecnologia aplicada a la salut; b) tecnologies de la societat de la informació, i c) els ciutadans i el govern en una societat basada en el coneixement. En aquest mateix context, cal dir que el VII Programa marc (2007-2013) segueix la mateixa línia que els anteriors programes europeus d'investigació. D'aquesta manera, cal assenyalar que el tema de l'envelliment es planteja des de la multidisciplinarietat i des de la idea de la qualitat de vida.<sup>18</sup> En qualsevol cas, una qüestió que cal esmentar és la importància de la investigació tecnològica en tot el que suposa la millora de la qualitat de vida de les persones grans.

Per tant, el que resulta evident és que la importància social, política i econòmica de les persones grans, la creixent visibilitat d'aquest col·lectiu i la seva diversitat cultural, demogràfica i social està tenint com a conseqüència, entre altres coses, la seva especificitat en els treballs d'investigació que s'impulsen, tant des de les institucions públiques com des de les entitats i empreses privades. Una investigació que aposta per la millora de la qualitat de vida d'aquesta població i en què la participació de les persones grans juga un paper fonamental. En definitiva, una investigació de la promoció de l'envelliment actiu.

## El futur de l'aprenentatge permanent en el col·lectiu de persones grans

Podem plantejar aquest futur des de diversos punts de vista, per exemple, pel que fa a nous continguts, plataformes i sistemes que permetin millorar la vida quotidiana de les persones grans mitjançant l'accés a la formació permanent a través de les tecnologies de la informació i de la comunicació (TIC), amb l'objectiu d'evitar l'exclusió social i fomentar el fet que puguin formar part de la xarxa social. També perquè puguin portar a terme activitats de la vida diària, la gestió de l'economia, el control de la salut, el manteniment

<sup>18</sup> Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO). «Redes y programas europeos de investigación VI Programa marco de la Unión Europea (2002-2006)». *Boletín sobre el Envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, núm. 29 (juliol de 2007). <<http://www.imsersomayores.csic.es>>.

de contactes, l'accés a béns i serveis, en definitiva, totes aquelles funcions per a les quals habitualment s'utilitzen aquestes tecnologies i que fomenten la vida independent. En aquesta línia, és important continuar desenvolupant i generalitzant programes d'aprenentatge permanent en les TIC, o incloure-les a la programació —com ja fan la majoria de programes de formació permanent destinats a persones grans— que les faci fàcils i accessibles i que en permeti descobrir els avantatges de l'ús.

D'acord amb aquesta qüestió, hem parlat sobre la importància i l'eficàcia de la interconnexió entre programes de formació permanent de persones grans, que possibiliten el desenvolupament de noves experiències d'aprenentatge. Així, per exemple, es busquen solucions per fer arribar els programes d'aprenentatge permanent a les persones que per diverses raons geogràfiques, de salut, familiars, etc., no poden desplaçar-se. Sobre aquest tema, i per iniciativa d'un grup d'O3A, el 1999 es va crear la primera O3A en línia,<sup>19</sup> fundada pel Govern Australià com a projecte de les Nacions Unides, utilitzant el model d'autoajuda de l'O3A presencial (l'administració i l'ensenyament són duts a terme per voluntaris). A partir del 2002 la Universitat de Griffith, a Brisbane, dona suport al programa mitjançant les plataformes pròpies de la Universitat (Swindell 2002).

En aquesta mateixa línia, s'han desenvolupat diversos projectes d'intercanvi en línia entre diferents O3A del món, com ara World U3A, que va sorgir com a grup internacional en el context del Third Age Trust del Regne Unit. En aquest moment és un lloc de trobada virtual entre O3A de tot el món, que proporciona diferents serveis de tipus tecnològic, en l'àmbit de projectes de tipus internacional amb objectius comuns i que també organitza diferents esdeveniments internacionals en línia.<sup>20</sup>

Acostar els programes d'aprenentatge permanent a totes les persones grans requereix, d'entrada, entendre aquest aprenentatge com un dret. Aleshores, és possible pensar i desenvolupar iniciatives creatives i innovadores com les que acabem d'esmentar, les quals permeten a les persones grans accedir als beneficis de l'educació en qualsevol situació. Una experiència molt interessant en aquesta línia és la que es porta a terme en centres residencials per a persones grans (Aldridge 2009), amb l'objectiu que les persones que viuen en centres d'atenció i que habitualment no accedeixen a aquestes experiències puguin també beneficiar-se i obtenir els mateixos avantatges d'aquest aprenentatge que altres persones de la mateixa edat.

Les possibilitats de desenvolupar nous projectes d'aprenentatge permanent són molt àmplies i és important tenir en compte les peculiaritats i els interessos de l'alumnat i també els mitjans pels quals pot ser viable la difusió i la implementació dels programes en qüestió, en qualsevol situació. Les persones nascudes durant el *boom* de natalitat estan

<sup>19</sup> <<http://www3.griffith.edu.au/03/u3a>>.

<sup>20</sup> <<http://worldu3a.org>>.

començant a jubilar-se i han passat una gran part de la seva vida fora del context laboral, en una situació inicial de pèrdua des del punt de vista econòmic, d'estatus, de propòsit en la vida i també de salut i de relacions socials. Ja hem dit que l'aprenentatge permanent és una estratègia que produeix molts beneficis en la salut i en la qualitat de vida i que, per això, ha de ser una estratègia d'elecció de les polítiques en relació amb l'envelliment. L'envelliment no és una malaltia, però pot ser-ho, la deterioració pot accelerar-se o pot desaccelerar-se. Ja hem assenyalat la importància de prendre el control de la pròpia vida amb decisions que permetin triar comportaments més eficaços en relació amb el manteniment de la salut i la prevenció de les malalties.

### Hi ha d'haver un currículum propi per a la jubilació?

La resposta sens dubte és que sí, tot i que ja hem dit que els camins per a la participació són variats i moltes vegades produeixen els mateixos resultats. És evident que mitjançant la formació permanent és possible cobrir la majoria de necessitats que es presenten a partir de l'entrada al grup de persones grans i més grans. S'han d'anar introduint millores als objectius d'aprenentatge dels programes, als continguts, a la manera com es duen a terme i es divulguen, als procediments d'ensenyament-aprenentatge. En efecte, i l'experiència ha anat facilitant aquesta tasca. Amb tot, l'aprenentatge permanent va més enllà de la millora en una experiència concreta, per molt àmplia que sigui i per molts beneficiaris que tingui actualment. Té a veure amb el dret a l'educació i amb les aspiracions de desenvolupament de la ciutadania. Les situacions de partida i d'arribada són molt variades i, per això, és important que les persones i institucions implicades comparteixin el coneixement.

Una proposta interessant és la duta a terme per l'Institut Nacional d'Educació Contínua d'Adults (NIACE, en l'idioma original), a partir de l'estudi realitzat l'any 2007 mitjançant una enquesta, sobre el futur de l'educació permanent al Regne Unit. En aquesta investigació es va tenir en compte l'opinió de diferents experts del govern, l'empresa, la universitat, els sindicats, les organitzacions públiques, el tercer sector i l'alumnat.<sup>21</sup>

A partir de l'estudi, el NIACE planteja deu propostes per afrontar el futur de l'educació permanent, tenint en compte la realitat demogràfica actual i les previsions fins al 2020. En una societat que envelleix i enfront de la varietat dels patrons d'ocupació, els joves triguen més temps a assentar-se en els llocs de treball i les persones grans triguen més temps a deixar la feina (2009). Així doncs caldria:

1. Basar la política de l'aprenentatge permanent en un nou model de la vida educativa, amb quatre etapes clau (fins a vint-i-cinc anys, de vint-i-cinc a cinquanta anys, de

<sup>21</sup> <[www.lifelonglearninginquiry.org.uk](http://www.lifelonglearninginquiry.org.uk)>.

cinquanta a setanta-cinc anys, més de setanta-cinc anys), tenint en compte dues tendències principals: l'envelliment de la societat i els patrons canvians de l'activitat remunerada i no remunerada.

2. Reequilibrar els recursos públics i privats de manera justa i assenyada a través de les diferents etapes de la vida. Distribuir els recursos d'acord amb els canvis en el context econòmic i social.
3. Crear un sistema de drets en relació amb l'aprenentatge com a factor clau per reforçar l'elecció i la motivació per aprendre.
4. Flexibilitzar l'aprenentatge a través del sistema de crèdits i el foment dels estudis a temps parcial, adequat al seu finançament.
5. Millorar la qualitat del treball, apostant, no tant per la quantitat de competències, com per la seva utilització eficaç.
6. Construir un currículum marc per a les capacitats dels ciutadans. Es proposa crear un marc comú d'oportunitats d'aprenentatge que afavoreixi que els ciutadans tinguin més control sobre les seves vides. Inicialment se'n proposen quatre: digital, de salut, financer i cívic i d'ocupabilitat.
7. Ampliar i enfortir la capacitat d'aprenentatge permanent en l'àmbit laboral prestant més suport a les organitzacions que la proporcionen.
8. Apostar per la responsabilitat local vinculada a les ofertes d'aprenentatge permanent.
9. Disposar d'estratègies nacionals d'aprenentatge permanent coherents.
10. Crear un sistema intel·ligent que reculli la informació i la sotmeti a una avaluació rigorosa.

Compartim les propostes; la formació permanent ha de formar part dels objectius de desenvolupament dels membres d'una comunitat, d'un país. Bona part dels programes als quals s'ha fet referència estan, sens dubte, aportant molts beneficis a les persones que els segueixen. És important que l'educació per a tothom sigui possible, per això, disposar d'objectius en funció de les necessitats sens dubte és una tasca de futur.

En aquesta reflexió sobre el futur serà important i necessari, entre altres coses, fer una redefinició dels programes universitaris actuals, uns programes universitaris que han de fer un canvi des del punt de la perspectiva de la normalitat, de la integració real sobre els estudis universitaris, de la institucionalització universitària, de la integració dins



l'espai europeu d'ensenyament superior. És l'hora de fer els canvis necessaris d'acord amb les línees generals de l'aprenentatge al llarg de tota la vida, amb la filosofia de la societat del coneixement, i amb les noves necessitats i demandes actuals i futures de les persones grans.

## Referències bibliogràfiques

Aldridge, F. (2009). *Enhancing informal adult learning for older people in care settings*. Leicester, Regne Unit: National Institute of Adult Continuing Education (NIACE).

Comissió de les Comunitats Europees (2006). *It's never too late to learn*. Obtingut el 15 d'abril de 2011, de [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2006/com2006\\_0614es01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2006/com2006_0614es01.pdf)

Comissió de les Comunitats Europees (2007). *It's always a good time to learn*. Obtingut el 15 d'abril de 2011, de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2006>

Comissió Econòmica de les Nacions Unides per a Europa (CEPE). (2007). *Declaración Ministerial de León. Una Sociedad para todas las edades. Retos y oportunidades*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Obtingut el 6 de juny de 2011, de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=52313>

Dorling, D., Vickers, D., Thomas, B., Pritchard, J., i Ballas, D. (2008). *Changing UK: The way we live now*. Obtingut el 15 d'abril de 2011, de <http://sasi.group.shef.ac.uk/research/changingUK.html>

Huang, Chin-Shan (2006). «The university of the third age in the UK: an interpretive and critical study». *Educational Gerontology*, 32:10, 825-842.

McNair, S. (2009). *Demography and lifelong learning*. Leicester: NIACE.

National Institute of Adult Continuing Education (2009). *Learning through life*. Leicester: NIACE.

Orte, C.; Vives, M. (2006). «Apoyo social, calidad de vida y programas universitarios para mayores». A: C. Orte (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida*, (pàg. 263-311). Madrid: Dykinson.

Rowe, J. W., i Kahn, R. L. (1999). *Successful aging*. New York: Dell Publishing.

Swindell, R. (2002). «U3A Online: a virtual university of the third age for isolated older people». *International Journal of Lifelong Education*, 21:5, 414-429.

Zedlewski, S., i Butrica, B. (2007). Are we taking full advantage of older adults potential? *Perspectives on Productive Aging, The Urban Institute*. Number 9. Obtingut el 6 de juny de 2011, de [http://www.urban.org/UploadedPDF/411581\\_adult\\_potential.pdf](http://www.urban.org/UploadedPDF/411581_adult_potential.pdf)

## Autors

### CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educativsocial, sobre els quals ha realitzat diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de l'any 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar del Ministeri de Ciència i Tecnologia. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

### MARTÍ X. MARCH CERDÀ

Va néixer a Pollença (Mallorca) el 1954. És llicenciat i doctor en Ciències de l'Educació per la Universitat de Barcelona. És catedràtic d'universitat de Sociologia de l'Educació i Pedagogia Social de la UIB. Està especialitzat en avaluació de programes educatius i socials, estudis sociològics de l'educació i pedagogia social en els diversos àmbits, i ha fet diverses publicacions, comunicacions i ponències en congressos, etc. sobre aquests temes. És professor de Gerontologia Educativa del grau d'Educació Social. Ha estat director del Departament de Ciències de l'Educació de la UIB durant diversos anys, director del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, director general d'Universitat del Govern de les Illes Balears i vicerector primer de Planificació i Coordinació Universitària de la UIB. També ha estat vicepresident de la Societat Iberoamericana de Pedagogia Social. És director i coordinador de l'Anuari de l'Educació de les Illes Balears.

**ENSENYAMENT I APRENTATGE PER A  
L'EMANCIPACIÓ DELS ADULTS GRANS  
A LA UNIVERSITAT**

---

# Ensenyament i aprenentatge per a l'emancipació dels adults grans a la Universitat

José Arnay Puerta

Javier Marrero Acosta

Inmaculada Fernández Esteban<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Membres del grup d'investigació Poder, Sabers i Subjectivitat en Educació (PoSaSuE).

---

## Resum

Aquest article fa una proposta del paper que han de tenir les universitats en els processos d'ensenyament i aprenentatge de les persones adultes i grans. Es planteja entendre aquests processos de forma essencialment educativa, això és, emfatitzant el seu marcat caràcter emancipatori, mitjançant un desenvolupament didàctic propi i específic, ja que no es busca ni l'acreditació, ni la certificació ni la professionalització. Aquest espai educatiu està encara per definir i s'avança, a manera d'idees, la possibilitat de considerar un ensenyament dialògic, multidisciplinari i participatiu, que sigui capaç de propiciar un aprenentatge rellevant i experiencial. Al mateix temps s'ofereixen alguns dels resultats obtinguts en una investigació sobre aquests processos i, més concretament, sobre les valoracions que el mateix alumnat fa del seu aprenentatge. Els resultats mostren que la visió que l'alumnat té sobre les seves capacitats d'aprenentatge i la percepció sobre les seves habilitats no es corresponen, en absolut, amb els tradicionals estereotips negatius que es tenen sobre les possibilitats de les persones grans per aprendre.

## Resumen

Este artículo realiza una propuesta del papel que deben tener las universidades en los procesos de enseñanza y aprendizaje de las personas adultas y mayores. Se plantea entender estos procesos de forma esencialmente educativa, esto es, enfatizando su marcado carácter emancipatorio, mediante un desarrollo didáctico propio y específico, puesto que con ellos no se busca ni la acreditación, ni la certificación ni la profesionalización. Ese espacio educativo está aún por definir y se avanza, a modo de ideas, la posibilidad de considerar una enseñanza dialógica, multidisciplinar y participativa, que sea capaz de propiciar un aprendizaje relevante y experiencial. Al mismo tiempo se ofrecen algunos de los resultados obtenidos en una investigación sobre dichos procesos y, más concretamente, sobre las valoraciones que el propio alumnado realiza sobre su aprendizaje. Los resultados muestran que la visión que el alumnado tiene sobre sus capacidades de aprendizaje y la percepción sobre sus habilidades no se corresponde, en absoluto, con los tradicionales estereotipos negativos que se tienen sobre las posibilidades de las personas mayores para aprender.

---

## Introducció

Entre els canvis econòmics, socials i culturals que es van produint en aquest convulsiu començament de segle, tal vegada un de subtil però radical afecta les noves configuracions personals i socials que es van produint per l'envelliment poblacional. Per poc que indaguem en aquesta realitat podem comprovar com aquestes transformacions afecten ja àmbits

com l'activitat laboral, l'edat de jubilació, el sistema sanitari, l'arquitectura i l'urbanisme, el comerç i els serveis, el trànsit o la mateixa economia.

Per què ha de quedar l'educació al marge d'aquestes transformacions?; s'hi està adaptant el sistema educatiu?; quin tipus de respostes es pot donar des de l'àmbit de l'educació superior? Pensem que abordar l'educació de les persones adultes i més grans hauria de ser una qüestió d'interès general, més en l'anomenada societat del coneixement, però més encara en societats amb marcats processos d'envelliment com és el cas de les europees.

No es tracta, òbviament, d'alfabetització d'adults, la importància de la qual va ser crucial en altres moments històrics i en altres societats per al seu desenvolupament econòmic i social, sinó que, en tot cas, es tractaria de trobar noves possibilitats per a un segon procés de formació i educació amb un sentit clarament diferent.

En principi es va tractar d'obrir l'oferta educativa universitària a un segment social amb un fort augment numèric, però també amb canvis acusats en el perfil personal i vital dels membres. Però una vegada aconseguida la presència d'aquestes persones a les universitats, el camí que hem de recórrer és l'anàlisi teòrica i pràctica del paper que pot fer l'educació en la vida de les persones adultes i grans, una vegada es produeix o està propera la seva sortida del mercat laboral.

Sobre aquesta etapa vital hi ha encara una notable falta d'informació. En societats bolcades cap al món del treball, la prejubilació o la mateixa jubilació significa entrar en una etapa caracteritzada de forma significativa per trets com la invisibilitat social o la suposada atribució de passivitat personal.

Valgui com a botó de mostra que, encara avui, a l'Espanya del segle XXI, a la persona que es jubila se li lliura un carnet amb la vergonyosa denominació de «*classes passives*». Amb la jubilació s'entra en una altra galàxia administrativa, però també social i cultural. En aquesta galàxia es pressuposa que qui l'habita deixa de ser qui era i es transforma en una altra cosa. Aquest trànsit vital no és un trànsit marcat pel pas d'una situació laboral a una altra de no laboral, sinó per una revolució, de ser treballador/a a no ser-ho, i això significa pràcticament tot en el capitalisme (Gorz, 1995). Per això aquest trànsit afecta de forma tan notòria la pròpia autoestima de tantes persones.

En aquest context és on podem entendre de forma adequada el possible paper que fa l'educació en la vida de les persones adultes i grans. Per entendre la seva importància partim de tres corol·laris: a) les persones adultes i grans van a la Universitat per buscar una educació que els emancipi com a persones i ciutadans; b) esperen rebre-hi un ensenyament d'alt nivell de divulgació universitària, multidisciplinària, actualitzada i de qualitat, i c) volen aprendre de forma rellevant i adequada. Tot això exigeix adaptar l'estret marc

institucional —pensat per als més joves i la seva inserció laboral— i comptar amb una Universitat capaç de donar sentit a aquest altre tipus d'alumnat.

En aquest sentit els interrogants que se'ns plantegen són de diversa complexitat. Per exemple, en relació amb l'educació, quina educació cal proporcionar a les persones adultes i grans?, en quin sentit són —o haurien de ser— educables?, per què en diem educació al llarg de la vida, d'aquesta formació?; es tractaria d'un tipus d'educació formal, no formal o informal?

Pel que fa a l'ensenyament, què cal ensenyar?; com cal ensenyar-ho?; a partir de quins sabers?; quines són les condicions que es requereixen per a un bon ensenyament?; quines característiques didàctiques —objectius, continguts, metodologia i avaluació— tenen aquests processos d'ensenyament i aprenentatge a la Universitat?; és possible un altre ensenyament universitari més enllà dels models tradicionals?

Finalment, en relació amb l'aprenentatge, ens plantejem com podem seguir aprenent?, quin valor té el que hem après?, quins resultats raonables cal esperar d'aquest aprenentatge?

Respondre tots aquests interrogants no és tasca fàcil en aquest espai, però anem a pams, tractem d'avançar en algunes qüestions en relació almenys amb aquests tres aspectes apuntats —per a nosaltres fonamentals— com són el sentit de l'educació, l'ensenyament i l'aprenentatge de les persones adultes i grans a la Universitat.

## 1. Una educació emancipadora

De les diferents manifestacions que adopta l'educació d'adults —com a alfabetització primària o secundària, com a desenvolupament de recursos humans i com a aprenentatge al llarg de la vida—, és en aquesta última en la qual se sol situar l'ensenyament que es realitza als programes per a adults i persones grans a la Universitat, almenys en una bona part dels països europeus on existeix aquesta modalitat de formació i, per descomptat, també a Espanya (Ríos, 2004).

Podem considerar que el terme *aprenentatge permanent*<sup>2</sup> fa referència, entre altres, a diverses possibilitats de realització per a l'autonomia personal i ciutadana, per la qual cosa la finalitat última d'una bona educació, en general, seria formar persones autònomes, capaces d'aprendre per si mateixes al llarg de tota la vida, pel simple plaer de fer-ho (Orte, 2006). Això per si ja justificaria l'existència d'una oferta formativa universitària

<sup>2</sup> També ocorre que el terme serveix per situar el paper de l'aprenentatge solament mentre dura la vida laboral de la persona, de manera que es produeix una deformació reduccionista de l'aprenentatge, en considerar-lo mer instrument per promocionar-se o assolir una certificació.



encaminada a satisfer aquestes necessitats socials, culturals i vitals de la població adulta i gran, per la qual cosa es tractaria d'una evident responsabilitat social (Global University Network for Innovation, 2009).

No es tracta d'una educació qualsevol, sinó una emmarcada en els principis de participació i equitat, la qualitat de la qual ha de sustentar-se en dos criteris: el primer seria el de *rellevància*, és a dir, aprendre allò que permeti una millora en la qualitat de vida o, almenys, una millora en l'autopercepció d'aquesta. El segon seria el d'*efectivitat*, entesa com la relació entre resultats adquirits per temps a aconseguir-ho (UNESCO, 2009).

Aquest tipus de formació es realitza, en el que als programes universitaris per a persones grans es refereix, mitjançant processos d'educació formal. Aquesta proximitat o sincronia amb els aprenentatges universitaris formals —certificats— converteixen les experiències d'ensenyament i aprenentatge dels més grans en un espai amb evidents fortaleeses, ja que busca els beneficis d'una formació de rigor, exigència i qualitat, però també amb profundes debilitats, ja que s'assimila a models d'ensenyament més convencionals, poc adaptats a les necessitats personals, amb escassa flexibilitat dels mètodes i procediments d'ensenyament, poca visibilitat, etc.

Quin sentit té aquesta educació per a adults i persones grans mitjançant l'assimilació dels processos d'ensenyament i aprenentatge als models universitaris tradicionals? Mentre la Universitat s'ha ocupat de l'educació i la formació de l'alumnat jove, també la demanda d'educació universitària de la població gran ha anat en augment, especialment a Europa, per la qual cosa sembla procedent aprofundir en la recerca d'altres propostes que millorin l'oferta educativa que actualment es realitza (Arnay, Marrero i Fernández, 2010).

Des d'aquest punt de vista, l'educació universitària d'adults grans no pot ser entesa sinó com una educació per a l'emancipació.<sup>3</sup> No busca acreditació, ni certificació, ni professionalització a curt termini, per la qual cosa essencialment busca l'emancipació de la persona com a subjecte i com a ciutadà (Ranciè, 2009; Michéa, 2009).

Si els programes universitaris per a persones grans es contemplassin en el marc de visions més àmplies i des de perspectives de qualitat vinculades al desenvolupament sostenible, aviat arribaríem a la conclusió que hem de revisar els nostres plantejaments teòrics i pràctics sobre l'educació de gent gran a la Universitat. A això apel·len no poques investigacions (Ríos, 2004; Tejedor i Rodríguez, 2008; Meynen, 2006; Jarvis, 2005). Aquest replantejament passa, inevitablement, per canviar la forma d'ensenyar del professorat universitari, perquè, com afirma Paulo Freire:

<sup>3</sup> Els diccionaris indiquen que el terme 'emancipar' prové del llatí *emancipāre*, que significa alliberar de la pàtria potestat, de la tutela o de la servitud, o també alliberar-se de qualsevol classe de subordinació o dependència.

«com poden els educadors provocar en l'educand la curiositat crítica necessària en l'acte de conèixer, el seu gust del risc, de l'aventura creadora, si ells mateixos no confien en si, no s'arrisquen, si ells mateixos es troben lligats a la "guia" amb què han de transferir als educadors els continguts tinguts com a "salvadors"?» (Freire, 1994: 91).

## 2. Un ensenyament dialògic, multidisciplinari i participatiu

Posats a revisar, el primer que hem de qüestionar-nos és: ensenyar, sí, però com? (Meirieu, 2009). Una de les qüestions bàsiques —podríem esmentar-ne d'altres— és la del contingut de l'ensenyament dirigit a adults grans: què s'ha d'ensenyar? Això planteja almenys tres problemes. Un és el de la selecció del contingut de la formació. Els continguts —coneixements, habilitats, procediments, actituds, valors, etc.— dels plans de formació han de respondre a les necessitats personals, a les d'actualització i a una clara i necessària interdisciplinarietat entre sabers que han de complementar-se.

Un segon aspecte fa referència a l'estructura que han d'adoptar els plans de formació. Entenem que han de propiciar una estructura de formació basada en matèries, àrees de saber globalitzadors o temàtiques transversals, no en assignatures específiques i aïllades unes de les altres, perquè com a finalitat s'ha de tendir a oferir visions globals, renovades i actualitzades en funció de les competències i els objectius de la pròpia formació.

Això representa que tots els camps de saber —científic, tecnològic, humanista, social, de la salut, enginyeries— haurien de ser presents en els plans d'estudis de la formació d'adults grans a la Universitat. Una qüestió que, de moment, és clarament insuficient o està en franc desequilibri. Un tercer aspecte és que la didàctica que es projecti a partir d'aquesta nova concepció de la relació pedagògica i del paper de la docència, el saber i la investigació a la Universitat, ha d'apuntar cap al que podríem dir una didàctica dialògica. Un mecanisme d'activació —la *didaxis*— que propiciï la integració comunicativa i dialògica en un ambient d'aprenentatge rellevant (Pérez, 2010; Tejedor i Rodríguez, 2008). Una forma d'ensenyar capaç de recrear dinàmiques d'activació i construcció de sabers a partir de l'experiència de l'alumnat: un diàleg en el sentit freirerià:

«Perquè el diàleg sigui un mètode de veritable coneixement, els subjectes de coneixement han d'abordar la realitat científicament buscant les connexions dialèctiques que expliquen la forma de la realitat. Per tant, conèixer no és recordar alguna cosa prèviament coneguda i ara oblidada. La "doxa" tampoc no pot superar-se mitjançant el "logos" al marge de la relació dialèctica entre l'home i el seu món, lluny de l'acció reflexiva dels homes sobre la realitat» (Freire, 1994: 76).

Aquesta orientació didàctica dialògica ha d'establir vincles entre els aspectes situacionals, subjectius, els sabers i processos, la democràcia i l'emancipació de la ciutadania. Un ensenyament que sàpiga contrarestar el poder acadèmic del docent amb el poder de l'experiència de l'alumne. Aquesta didàctica ha de traçar processos d'aprenentatge no orientats a la certificació i qualificació, sinó a l'aprenentatge rellevant i significatiu, no per a la mateixa acadèmia, sinó per a qui vol aprendre.

Això fa possible recuperar el diàleg didàctic enfront de la transmissió d'informació. D'aquesta manera, l'aprenent —l'adult gran— haurà d'estar en disposició de construir una identitat que li permeti tenir control sobre el seu procés d'aprenentatge, amb plena autonomia per aprendre. Una didàctica dialògica com a antídoto a la ignorància de la mera reproducció d'informació.

Tot això requereix apostar, definitivament, per un ensenyament universitari centrat en l'alumne com a eix del procés d'aprenentatge, i no sols en els continguts, com actualment ocorre. De manera que, al costat dels procediments clàssics com la «conferència» —que segueix complint una funció didàctica adequada per a determinades situacions d'aprenentatge—, hem d'anar explorant altres alternatives més obertes i participatives: estudi de casos, projectes de treball, aprenentatge autònom vs. en col·laboració, solució de problemes, etc. (Blázquez, Yuste i Blázquez, 2008).

### 3. Un aprenentatge rellevant i experiencial

La idea de l'aprenentatge basat en l'experiència no és nova. Ja al segle XIX, Kropotkin advocava per substituir el mètode d'aprenentatge memorístic que s'aplicava a la geografia per una indagació independent i la resolució de problemes a partir del descobriment. Molts anys després, Stenhouse (2003) apostava per una aproximació a l'aprenentatge i la docència que reproduís el model d'indagació que s'utilitza en la pràctica en la disciplina objecte d'estudi. De fet, el sistema d'aprenentatge basat en la indagació té l'arrel en la teoria de l'aprenentatge basat en l'experiència de Kolb, una de les variants de la qual és l'aprenentatge basat en problemes (ABP) (Barnett, 2008).

Durant l'última dècada el concepte d'aprenentatge al llarg de la vida ha arribat a ser dominant en els discursos sobre l'educació d'adults, com assenyala Anne Jamieson (2007). Precisament, el concepte d'aprenentatge ha estat preferit al d'educació al llarg de la vida, perquè emfatitza el rol dels aprenents mateixos abans que el dels seus proveïdors.

Es tracta d'un matís clarament discutible —per dualista—, puix que en la naturalesa de tota educació hi ha sempre una interacció dialògica —i dialèctica— entre aprenent i educador, sense la qual no és possible parlar d'educació. Una altra cosa és el procediment —el codi

metodològic— que regula la relació, que pot estar més o menys centrada en l'aprenent. Sigui com sigui, hi ha moltes maneres d'aprendre, i això també és vàlid per als adults grans.

L'aprenentatge a través de l'educació formal és una activitat realment minoritària entre els aprenents grans (Withnall, 2006). Ara bé, s'han explorat altres formats d'aprenentatge mitjançant l'educació no formal i informal, i en diverses investigacions s'ha examinat l'aprenentatge, entre altres, el denominat aprenentatge no certificat, que té lloc en diferents grups o comunitats d'aprenentatge, com també s'han dut a terme unes altres investigacions per conèixer les necessitats dels aprenents grans (Purdie i Boulton-Lewis, 2003).

Malgrat això, pensem que es fa necessari formular alguns principis que haurien de presidir l'aprenentatge dels adults grans a la Universitat. Aquest aprenentatge hauria de tenir en compte —entre altres— els aspectes següents:

- Aprofitar la potencialitat experiencial del mateix alumne (coneixement / aprenentatge experiencial).
- Reforçar la participació i col·laboració entre l'alumnat i amb el professorat (aprenentatge col·laboratiu vs. cooperatiu).
- Partir dels interessos i necessitats d'aprenentatge del mateix alumnat.
- Comptar amb un professorat capacitat per treballar a partir de l'experiència de l'altre (alumne adult i gran).
- Potenciar tant l'aprenentatge individual com el col·lectiu.
- Propiciar l'ús prioritari de metodologies d'aprenentatge adult: problemes, casos, treball col·laboratiu, investigació-acció, etc.
- Emprar una avaluació de l'aprenentatge que permeti evidenciar l'adquisició de competències essencials per a la vida adulta.

Però, a quin tipus de competències ens referim? Aquesta és una de les limitacions més evidents de la formació universitària de persones grans: la indefinició d'unes competències clares per a aquests processos formatius. Es pot entendre que les competències serien aquelles afins a l'alfabetització d'adults, no obstant això, resulta obvi que no es tracta d'una formació alfabetizadora, com ja hem assenyalat.

Quin seria llavors el perfil bàsic d'una persona gran emancipada a través d'aquesta

formació universitària? Podem assenyalar que aquesta formació hauria de capacitar-la —entre altres— per:

- Aprendre a acceptar-se, però també adquirir perspectivism social
- Comprendre la realitat física, social i cultural canviant
- Mantenir relacions socials fluïdes i flexibles en contextos diferents
- Desenvolupar l'expressió i la creativitat
- Conèixer i utilitzar les TIC i expressar-se amb fluïdesa a través d'aquestes eines
- Aprofundir en la seva salut i cura física com a elements substantius de qualitat de vida.

Una altra qüestió que concerneix els processos d'aprenentatge dels adults grans és la relativa al temps d'aprenentatge. En el context d'una educació formal, com és la universitària, la durada dels estudis és una qüestió central, tant des del punt de vista de l'organització docent com de la permanència del mateix alumnat. No obstant això, les institucions universitàries han estat concebudes per oferir educació en un temps determinat —cada vegada més curt, amb coneixements més superficials i a la recerca d'una capacitat primària—, transcorregut el qual l'estudiant abandona el centre per incorporar-se al món laboral, més o menys disponible en un temps més o menys curt. Un adult gran requereix una temporalització diferent, ha de poder romandre un temps més llarg a la Universitat si així ho desitja, o almenys disposar d'una permanència més flexible, cursant aquelles matèries del seu interès durant el temps que li sigui possible, segons els seus interessos, disposició, circumstàncies personals, etc.

Això, evidentment, suposa una ruptura important amb l'actual marc institucional de les universitats. Si bé des dels programes universitaris per a gent gran s'intenta desenvolupar fórmules en aquesta direcció, això no s'ha aconseguit plenament, ja que s'ha ensopegat amb una institució excessivament rígida i esquemàtica.

En síntesi, considerem necessari —i urgent— posar les bases de la formació de persones adultes grans a la Universitat, corregint aquelles debilitats i limitacions que la caracteritzen en l'actualitat. Per a això hem de prestar major atenció al seu sentit educatiu, aprofundint en l'experimentació d'aquelles propostes d'ensenyament que resultin més atractives i noves per aconseguir altres formes d'aprendre.

#### 4. Valoracions sobre l'aprenentatge

Per conèixer la valoració que l'alumnat realitza dels processos d'ensenyament i aprenentatge en els quals participa duguérem a terme un estudi en el qual van participar vuit universitats amb aquesta oferta formativa (Jaume I, de Granada, Pontificia de Salamanca, de Navarra, de València, de les Illes Balears, d'Extremadura i de La Laguna). En l'estudi hi van participar

1.953 alumnes, 383 professors i professores i 5 gestors o coordinadors. La investigació va comptar, a més, amb un grup de discussió entre el professorat i l'alumnat en cada universitat, i un altre grup de discussió en el qual van participar gestors i/o coordinadors representants de les vuit universitats.

Un dels objectius de la investigació era analitzar les estratègies d'ensenyament i aprenentatge utilitzades, tant pel professorat com per l'alumnat, per tractar d'identificar les que afavoreixen un millor aprenentatge subjectiu per al mateix alumnat. És a dir, les que aconseguen que la finalitat de l'ensenyament i l'aprenentatge no siguin merament adquisicions instrumentals, sinó la creació de noves actituds, nous hàbits, destreses i habilitats que abans no es tenien.

D'aquest estudi, ara ens centrem a analitzar la interpretació que fa l'alumnat sobre el seu aprenentatge i les habilitats i destreses que posa en funcionament per aconseguir-ho. Per a això exposem els resultats obtinguts a partir del qüestionari emplenat per l'alumnat analitzant-ne dues de les categories: *valor de l'aprenentatge* i *(acte) percepció de l'aprenentatge*.

a) *Valor de l'aprenentatge*. Aquesta categoria inclou els següents tretze ítems:

- Capacitat per gestionar el temps en general
- Gestió del temps d'estudi
- Habilitat d'organització
- Velocitat d'aprenentatge
- Capacitat per buscar informació a la biblioteca
- Capacitat per buscar informació a Internet
- Velocitat lectora
- Capacitat crítica
- Capacitat per comprendre coses noves
- Capacitat per resoldre problemes
- Capacitat per actuar de forma autònoma
- Capacitat d'aprenentatge
- Capacitat per recordar el que s'aprèn.

b) *Percepció personal (autopercepció)*. Fa referència a les destreses i habilitats que l'alumnat s'atribueix a si mateix, i està definida per altres tretze ítems:

- Em considero una persona reflexiva
- Em considero una persona crítica
- Em considero una persona segura de si mateixa
- Em considero una persona obstinada/caparruda

- Amb l'edat considero que m'he pogut «alliberar»
- Sóc una persona creativa
- Sóc una persona complicada/difícil
- Sóc una persona sociable
- Sóc una persona divertida
- Crec que els altres tenen una bona impressió sobre mi
- Sóc hàbil per aplicar i integrar les coses noves que aprenc
- Tinc una idea clara sobre el que vull aprendre
- Crec que els altres em consideren bon amic o bona amiga.

Les quatre alternatives de resposta que s'ofereixen en el qüestionari es poden valorar en una escala d'1 a 4: (1) Gens eficaç, (2) Poc eficaç, (3) Bastant eficaç i (4) Molt eficaç.

L'anàlisi de les mitjanes d'aquestes categories, prenent com a factors el sexe (home, dona), el nivell d'estudis (sense estudis, amb estudis primaris incomplets, primaris complets, secundaris incomplets, secundaris complets, formació professional, estudis superiors i altres estudis) i l'edat (50-55, 56-60, 61-65, 66-70, 71-75 i 76 i més anys), ens permet descobrir els següents aspectes del valor que l'alumnat concedeix al seu aprenentatge:

- Tant els homes com les dones es mostren bastant satisfets, i no hi ha diferències significatives entre ells i elles.
- A major nivell d'estudis, major és el valor que concedeixen a l'aprenentatge, sent la puntuació mitjana més baixa de 2,65 sobre 4 i la més alta 3,06. En aquest cas sí que hi ha diferències significatives entre els grups (valor de la significació 0,003014). L'impacte de la significació és del 4,9% (eta 0,049). És a dir, la diferència dins aquesta variable s'explica pel factor nivell d'estudis en un 4,9%.
- Les persones més joves valoren el seu aprenentatge en un grau més alt que les de més edat. Hi ha diferències significatives entre els diferents trams d'edat per explicar el valor de l'aprenentatge (0,436). L'impacte de la significació és del 2%.

D'aquests resultats s'extreuen algunes idees sobre la percepció que l'alumnat té sobre les seves habilitats i destreses per a l'aprenentatge, les quals es poden descriure de la manera següent:

- Les puntuacions mitjanes estan a prop del valor 3 (bastant satisfet/a), tant en homes com en dones, i són elles les que puntuen lleugerament per damunt. Hi ha una diferència significativa entre els dos grups (0,000677), amb un índex d'impacte molt baix, 0,8% (eta 0,008). És a dir, la diferència en aquesta variable s'explica pel factor sexe en el 0,8%.

- No hi ha diferències significatives explicades pel nivell d'estudis quant a la percepció que l'alumnat té sobre les seves destreses i habilitats.
- Sí que hi ha diferències significatives entre els diferents trams d'edat a l'hora de valorar aquesta percepció (0,421); el valor mitjà més baix és el de 2,90 (56-60 anys) i el 2,95 (71 anys i més). L'impacte de la significació és del 3%.

Fem un resum dels resultats obtinguts a la Taula 1, on les files ombrejades representen les puntuacions mitjanes en cada categoria d'anàlisi. Hem tingut en compte els índexs de significació  $\leq 0,05$ . En els casos en els quals s'ha produït, hem trobat l'índex eta o grandària de l'efecte de la significació del factor fix, per explicar la significació de la variabilitat de la categoria.

Taula 1. Resultats obtinguts sobre l'aprenentatge i la percepció de l'alumnat, segons el sexe, nivell d'estudis i tram d'edat.

	Sexe		Nivell d'estudis									Edat					
	D	H	Sense estudis	Prim. incomplet	Prim. complets	Sec. incomplets	Sec. complets	FP	Superiors	Altres	50-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76 i +	
<b>A</b>	3,01	3,00	2,65	2'82	2'91	2'99	3'03	3'01	3'06	3'04	3'06	3'02	3'01	2'99	3'00	2'98	
<b>S</b>	0,540		0,003014; eta 0,049									0,436; eta 0,02					
<b>P</b>	2,94	2,88	2,87	2'90	2'90	2'94	2'92	2'90	2'92	3'00	2'92	2'90	2'92	2'92	2'95	2'95	
<b>S</b>	0,000677; eta 0,0081		0,543									0,421; eta 0,03					

A = aprenentatge; P = percepció; S = significació

## 5. Conclusions

S'ha de tenir en compte que els vint-i-sis ítems analitzats corresponen, bé a una apreciació subjectiva, bé a una valoració de l'autopercepció que l'alumnat té sobre si mateix. Els resultats sí que mostren que la visió que l'alumnat té sobre les seves capacitats d'aprenentatge i la percepció sobre les seves habilitats no es correspon, en absolut, amb els tradicionals estereotips negatius que es tenen sobre les possibilitats de les persones grans per aprendre.

Segons aquests resultats, les persones grans es consideren capaces d'aprendre més enllà de la capacitació professional, i és aquí on l'aprenentatge per a la comprensió del món



que els envolta, per aprendre a acceptar-se, a comunicar-se i expressar-se per mitjà de l'ús de les TIC, a desenvolupar la creativitat i l'expressió i mantenir relacions amb persones amb interessos similars —aspectes involucrats en un aprenentatge per a l'emancipació— cobren un significat especial.

El valor que les persones amb un nivell superior d'estudis previs concedeix a l'aprenentatge pot estar determinat per un interès continuat per mantenir el contacte amb la cultura, o aprendre disciplines diferents de les que en el seu moment els van servir per obtenir un títol professional o en l'educació superior. En aquest moment de les seves vides el valor de l'aprenentatge no està determinat per les exigències del mercat de treball, sinó per l'interès personal, l'experiència, les relacions amb altres persones amb les mateixes inquietuds i motivacions.

Finalment ens sembla interessant fer ressaltar que el que apareix en les dades i en els resultats és que els percentatges de satisfacció per l'aprenentatge i l'eficàcia autopercebuda no es produeixen en les mateixes persones, quan es relacionen amb els factors de sexe, edat i nivell d'estudis. Això significa que no totes les persones experimenten el mateix nivell de satisfacció ni tampoc per les mateixes raons. Aquesta diversitat detectada en l'estudi creiem que fa un paper fonamental en la planificació de l'ensenyament superior per a persones adultes grans, i assenyala la necessitat de seguir aprofundint en la recerca d'aquelles estratègies d'ensenyament i aprenentatge que millor responguin a les característiques detectades.

## Referències bibliogràfiques

Arnay, J., Marrero, J., Fernández, I. (2010), *Los procesos de enseñanza y aprendizaje en los Programas universitarios para personas mayores. Estudio de casos y propuestas de mejora*, informe del projecte finançat per la Direcció General de Política Universitària del Ministeri d'Educació, presentat a la convocatòria de Programes d'Estudis i Anàlisi, Resolució de 6 de febrer de 2009. BOE de 3 de març de 2009, amb referència EA 2009-0160.

Barnett, R. (2008), *Para una transformación de la universidad. Nuevas relaciones entre investigación, saber y docencia*. Barcelona, Octaedro.

Blázquez Entonado, F., Yuste Tosina, R., Blázquez Expósito, M. (2008), «Métodos alternativos para la enseñanza a personas Mayores», a: Palmero Cámara, C. (coord.) *Formación Universitaria de Personas Mayores y promoción de la autonomía personal, metodologías e innovaciones*. Universidad de Burgos.

Freire, Paulo (1994), «Educación y Participación comunitaria», a: Manuel Castell, Ramón Flecha, Paulo Freire, Henry Giroux, Donald Macedo, Paul Willis, *Nuevas perspectivas críticas en educación* (85-96). Madrid, Paidós.

Global University Network for Innovation (2009), *La educación Superior en tiempos de cambio. Nuevas dinámicas para la responsabilidad social*. Madrid, Ediciones Mundi Prensa

Gorz, A. (1995), *Metamorfosis del trabajo. Búsqueda del sentido. Crítica de la razón económica*. Madrid, Sistema.

Jamieson, A. (2007), «Higher Education Study in later life: What is the point?». *Ageing & Society* (May-June 2007), 27 (3), 363-384.

— (2007), «Education and the Quality of Life in Later Years». *Quality in Ageing* (September 2007), 8 (3).

Jarvis, P. (2005), «Citizenship, Civil Society, Lifelong Learning an the Third Age in the European Union», a: <[http://www.lill-online.net/online/documets/publication/Jarvis\\_full-eng-2005.pdf](http://www.lill-online.net/online/documets/publication/Jarvis_full-eng-2005.pdf)>.

Meynen, D. (2006), «Where do you find a forum for the elderly to study science and art?», a: <<http://eee.efos.europa.eu/efos-/00000198c41496701/index.html>>.

Meirieu, Philippe (2009), *Aprender sí, pero ¿cómo?*. Barcelona, Octaedro.

Michéa, J. C. (2009), *La escuela de la ignorancia y sus condiciones modernas*. Madrid, Ed. Acuarela & A. Machado.

Orte Socías, C. (2006), *El Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida*. Madrid, Dykinson.

Pérez Gómez, A. I. (2010), «Nuevos desafíos para la formación de docentes», *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 68 (24, 2), 37-60.

Purdie, N., Boulton-Lewis, G. (2003), «The learning needs of older adults». *Educational Gerontology*, 29, 2, 129-149.

Rancière, J. (2009), *El maestro ignorante*. Barcelona, Laertes.

Ríos González, M. F. (2004), «La educación de adultos: principal impulsora de la educación permanente». *Eúphoros*, 7, 237-248, disponible a: <[http://www.dialnet/uiroja.es/servlef/fichero\\_articulo?codigo=1973658](http://www.dialnet/uiroja.es/servlef/fichero_articulo?codigo=1973658)>.

Stenhouse, L. (2003), *Investigación y desarrollo del curriculum*. Madrid, Morata.

Tejedor Mardomingo, M., Rodríguez Navarro, H. (2008), «Ciudadanía y aprendizaje dialógico en los Programas Universitarios para Mayores: Reflexiones y experiencias desde la pedagogía crítica», *Educar*, 42, 97-115.

UNESCO (2009), *Global Report on Adult Learning and Education, Executive Summary*, a: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001863/186371e.pdf>>.

Withnall, A. (2006), «Exploring influences on later life learning», *International Journal of Lifelong Education*, 25, 1, 29-49.

## Autors

### JOSÉ ARNAY PUERTA

(1952). Llicenciat en Filosofia i Ciències de l'Educació per la Universitat de La Laguna. Doctor en Psicologia. Professor titular de Psicologia Evolutiva i de l'Educació de la Universitat de La Laguna, Tenerife. Ha estat professor des de 1989 fins a l'actualitat de diversos cursos de doctorat i màster. Ha participat en diversos projectes d'investigació finançats per diferents organismes i institucions públiques. Des de 1999 és el director de la Universitat per a Persones Grans de la Universitat de La Laguna. De 2001 a 2004 ha estat secretari de la Comissió Estatal de Programes Universitaris per a Persones Grans. De 2004 fins a setembre de 2006 ha estat president de l'Associació Estatal de Programes Universitaris per a Persones Grans. Té diversos treballs i publicacions sobre el tema de les persones grans i l'educació superior.

### JAVIER MARRERO ACOSTA

(Santa Cruz de Tenerife, 1952). jmarrero@ull.es. Llicenciat en Filosofia i Lletres (secció de Pedagogia) per la Universitat de València (juny de 1976). Catedràtic de Didàctica i Organització Escolar (desembre de 2002).

Inicia la seva activitat docent (des del curs 1977) a la Facultat de Filosofia i Ciències de l'Educació de la Universitat de La Laguna impartint diverses assignatures. En l'actualitat imparteix Didàctica General a la Facultat d'Educació de la ULL. Ha impartit docència al programa de persones grans de la ULL durant el curs 2008-2009, amb la matèria Societat i Cultura Contemporània.

La línia d'investigació actual és «poder, sabers i subjectivitat en educació», de la qual ha dirigit i dirigeix diverses tesis doctorals. Actualment dirigeix un estudi sobre els processos d'ensenyament i aprenentatge universitaris de les persones grans.

De les últimes publicacions cal destacar: *Las teorías implícitas, una aproximación al conocimiento cotidiano* (Aprentatge-Visor, 1993) i *Informe sobre la realidad educativa en Canarias 2005* (Consejo Escolar de Canarias, 2005).

Degà del Centre Superior d'Educació de la ULL (juny de 1996 - febrer de 2001), vicerector de Qualitat Docent i Nous Estudis de la ULL (febrer de 2001 - juny de 2003).

Ha estat director del Departament de Didàctica i Investigació Educativa i del Comportament de la ULL; director de la revista *Curriculum* (1990-1995) i membre del Consell Assessor Editorial del Servei de Publicacions de la ULL. Forma part de l'ICEC (Instituto Canario de Evaluación y Calidad) del Govern de Canàries, des de 2002.

Ha impartit cursos de formació, doctorat i màster en diverses universitats (de La Laguna, de Màlaga, de Sevilla, del País Basc, de San Luis Potosí, Mèxic). Director del seminari «Educació, convivència i ciutadania en la cultura global» (UIMP, Santander, agost de 2006).

Investigador principal en el projecte d'Estudis i Anàlisi del Ministeri d'Educació i Ciència (2009).

#### INMACULADA FERNÁNDEZ ESTEBAN

(1971). Llicenciada en Pedagogia per la Universitat de La Laguna (2007). Des de desembre de 2008 és col·laboradora del Programa Universitari per a Persones Grans per mitjà d'una beca del Vicerectorat de Relacions Universitat i Societat.

Va obtenir el Diploma d'Estudis Avançats l'any 2009. Doctoranda del Departament de Didàctica i Investigació Educativa, fa la tesi doctoral sobre els processos d'ensenyament i aprenentatge al Programa Universitari per a Persones Grans de La Laguna.

Membre del grup d'investigació del mateix departament Poders, Sabers i Subjectivitat en Educació des de l'any 2008.

**ANÀLISI DE L'ALUMNAT DELS PROGRAMES  
UNIVERSITARIS PER A PERSONES GRANS  
DE LA UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS**

---

## **Anàlisi de l'alumnat dels programes universitaris per a persones grans de la Universitat de les Illes Balears**

Carmen Orte Socias  
Lluís Ballester Brage

---

## Resum

Presentem els resultats obtinguts d'un estudi realitzat en una mostra d'alumnat dels programes de la Universitat Oberta per a Majors ofertats al campus de la UIB. Aquest estudi forma part d'un treball més ampli dut a terme amb set universitats espanyoles més, coordinat per la Universitat de La Laguna. Els diferents aspectes avaluats, organitzats en diferents factors, es refereixen a l'avaluació del programa universitari de persones grans. En concret, a la valoració que els alumnes fan dels processos d'ensenyament-aprenentatge, de l'organització en la qual es duu a terme el programa i de les relacions. Així mateix, les avaluacions d'autoeficàcia de l'alumnat, en concret, comprendre i aprendre, organitzar-se i cercar informació. A més, s'ha avaluat el seu perfil personal: personalitat socialment constructiva, orientada i eficaç, percepció positiva de les relacions i autoconcepte, dificultats de relació i personalitat alegre i acollidora. D'acord amb els resultats obtinguts, es tracta d'un alumnat que se sent còmode i gaudeix amb l'activitat que realitza. Té una percepció molt positiva de les contribucions del programa educatiu de la UOM. També té aquesta percepció positiva de les seves característiques i habilitats personals, relacionals i d'autonomia i aprenentatge com a alumne. Les seves opinions presenten algunes diferències segons el gènere, l'edat, el nivell d'estudis i el nombre d'anys que fa que assisteixen a aquests cursos, pel que fa a la valoració que realitzen tant del programa com de si mateixos, i que han de tenir-se en compte en les característiques de les ofertes formatives.

## Resumen

Presentamos los resultados obtenidos de un estudio realizado en una muestra de alumnado de los programas de la Universitat Oberta per a Majors, ofertados en el campus de la UIB. Dicho estudio forma parte de un trabajo más amplio realizado con siete universidades españolas más, coordinado por la Universidad de La Laguna. Los diferentes aspectos evaluados, organizados en diferentes factores, se refieren a la evaluación del programa universitario de mayores. En concreto, a la valoración que los alumnos realizan de los procesos de enseñanza-aprendizaje, de la organización en la que se lleva a cabo el programa, y de las relaciones. Asimismo, las evaluaciones de autoeficacia del alumnado, en concreto, comprender y aprender, organizarse y buscar información. Además, se ha evaluado su perfil personal: personalidad socialmente constructiva, orientada y eficaz, percepción positiva de las relaciones y autoconcepto, dificultades de relación y personalidad alegre y acogedora. De acuerdo con los resultados, se trata de un alumnado que se siente cómodo y disfruta con la actividad que está realizando. Tiene una percepción muy positiva de las contribuciones del programa educativo que está llevando a cabo. También tiene dicha percepción positiva de sus características y habilidades personales, relacionales y de autonomía y aprendizaje como alumno. Sus opiniones presentan algunas diferencias



según el género, la edad, el nivel de estudios y el número de años que lleven realizando estos cursos, en la valoración que realizan tanto del programa como de sí mismos, y que deben tenerse en cuenta en las características de las ofertas formativas.

---

## 1. Introducció

Ja fa més d'una dècada que a Espanya es van engegar els denominats programes universitaris per a persones grans, orientats a la població de cinquanta o més anys. En aquest moment, la pràctica totalitat de les universitats espanyoles disposen d'un programa educatiu cultural propi orientat a aquest grup de població. Al llarg d'aquests anys d'activitat i experiència s'han fet importants esforços per oferir programes i activitats complementàries de qualitat, adaptats a una població gran cada vegada més nombrosa i, per tant, que cada cop té més necessitats, interessos i expectatives.

Els programes universitaris que s'ofereixen tenen molts elements en comú, tant pel que fa a les característiques de la població diana (encara que amb la seva heterogeneïtat) que accedeix als programes, en termes de procedència social, econòmica i cultural, nivell formatiu i fins i tot processos d'arribada a la jubilació, bé a l'edat prevista, bé en una situació de prejubilació, com també pel que fa a altres aspectes estructurals, organitzatius, administratius, econòmics i de continguts del programa, sempre tenint en compte l'especificitat dels inicis, la posada en marxa i la situació actual de cadascun, en relació amb les característiques de la mateixa Universitat que els ha engegat, el context territorial i les expectatives i el pressupost del programa.

Al llarg d'aquests anys i a partir de la informació generada als seminaris, les trobades i els congressos estatals, i fins i tot internacionals, en els quals participen diferents professionals i alumnat d'aquests programes universitaris per a alumnes grans, hem pogut constatar alguns elements comuns com els esmentats, i uns altres més. Així, per exemple, és una constant que fins i tot l'alumnat que acudeix a un programa d'aquesta naturalesa per raons algunes vegades allunyades –en primera elecció per interessos de tipus educatiu o cultural– o properes a necessitats de tipus social, no desitja abandonar la seva vinculació amb un projecte d'alt contingut educatiu i cultural, i a l'inrevés. Es tracta d'un col·lectiu que se sent bé a la Universitat, que gaudeix aprenent coses noves, i també compartint el seu temps i part de la seva vida amb companys amb interessos similars. Això, lògicament, ha influït de forma notable sobre l'ampliació i les característiques de l'oferta de programes i activitats destinats a aquest col·lectiu, amb la finalitat de respondre a aquestes demandes i als interessos d'un alumnat cada vegada més nombrós.

Tot això ha potenciat que els diferents programes hagin fet un esforç per conèixer de forma més profunda les característiques del seu alumnat, tant les sociodemogràfiques, com les

d'altres nivells relacionats amb els alumnes mateixos, o amb les relacions que estableixen com a alumnes d'aquests programes. Així mateix, el paper que aquests programes fan en diferents aspectes de la seva formació i aprenentatge, i també en la millora de la seva qualitat de vida.

Així doncs, i de forma concreta pel que fa al treball del qual informem en aquest document, hem participat en un estudi (Arnay, 2010) orientat a conèixer la valoració dels processos d'ensenyament i aprenentatge de l'alumnat dels diplomes sènior de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la UIB, juntament amb set universitats més (Jaume I, de Granada, Pontifícia de Salamanca, de Navarra, de València, d'Extremadura i de La Laguna).

Tal com queda recollit en un altre treball en aquest mateix anuari, l'estudi es va dur a terme amb un total de 1.953 alumnes, 383 professors i 5 gestors i/o coordinadors de programa, a més de grups de discussió (professors-alumnes de cada universitat, i gestors dels programes participants).

Informem aquí dels resultats obtinguts amb la informació proporcionada per una mostra de 333 alumnes de la UOM, a través de l'emplenament d'un qüestionari, pel que fa al seu aprenentatge. Es tenen en compte les habilitats i destreses que l'alumnat empra per a això.

A continuació informem de diversos aspectes d'aquest estudi, pel que fa a les característiques de la mostra estudiada, les valoracions que l'alumnat fa del programa universitari de persones grans de la UOM, les valoracions d'autoeficàcia i el seu perfil personal. Per facilitar les anàlisis i la interpretació dels resultats, presentem el balanç de l'estructura factorial del qüestionari emplenat pels alumnes i les valoracions corresponents.

## 2. Mostra estudiada

Com es pot observar a la taula 1, per cada home hi ha una mica més de dues dones. Es tracta d'una de les característiques que defineixen l'alumnat dels programes per a grans, però també defineixen la població de més edat de les Illes Balears i de la resta de l'Estat.

La distribució per edats mostra la concentració principal entre els 61 i els 70 anys (59,8%), encara que amb un important grup d'alumnat de més edat, amb molta presència masculina. Mentre que les dones més grans de 70 anys representen el 17,5% de totes les alumnes, els homes de la mateixa edat representen el 26,9%.

**Taula 1 | Edat i sexe**

			Sexe			Total
			Dona	Home	No consta	
Edat	50-55	Recòmpte	5	0	0	5
		% dins edat	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% dins sexe	2,2%	,0%	,0%	1,5%
	56-60	Recòmpte	36	7	0	43
		% dins edat	83,7%	16,3%	,0%	100,0%
		% dins sexe	16,1%	6,5%	,0%	12,9%
	61-65	Recòmpte	60	29	0	89
		% dins edat	67,4%	32,6%	,0%	100,0%
		% dins sexe	26,9%	26,9%	,0%	26,7%
	66-70	Recòmpte	72	38	0	110
		% dins edat	65,5%	34,5%	,0%	100,0%
		% dins sexe	32,3%	35,2%	,0%	33,0%
	71 i més	Recòmpte	39	29	0	68
		% dins edat	57,4%	42,6%	,0%	100,0%
		% dins sexe	17,5%	26,9%	,0%	20,4%
No consta	Recòmpte	11	5	2	18	
	% dins edat	61,1%	27,8%	11,1%	100,0%	
	% dins sexe	4,9%	4,6%	100,0%	5,4%	
Total	Recòmpte	223	108	2	333	
	% dins edat	67,0%	32,4%	,6%	100,0%	
	% dins sexe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tal com recull la taula 2, el 34,5% dels alumnes s'ha mantingut als programes cinc o més anys, mostrant una vinculació molt intensa, realitzant processos de formació de llarga durada. Com s'esperava, els alumnes amb més anys de matrícula als programes per a grans són els que es troben en els cursos superiors.

Com queda reflectit a la taula 3, a mesura que augmenten els cursos davalla el nombre d'assignatures de les quals es matriculen els alumnes. Això té a veure amb les característiques de l'oferta que el mateix programa realitza i també amb els nous interessos d'aquest alumnat, alguns de generats a partir de la vinculació amb el programa. D'altra banda, cada vegada són més conscients del que significa seguir correctament una assignatura, però també millora el seu interès per realitzar un bon treball.

**Taula 2** | *Curs i anys que fa que els alumnes estan matriculats al programa universitari per a persones grans*

			Anys al programa universitari per a persones grans				Total	%
			1 o 2 anys	3 o 4 anys	5 o més anys	No consta		
Curs	1r o 2n	Recompte	114	1	2	0	117	35,14%
		% dins curs	97,4%	,9%	1,7%	,0%	100,0%	
	3r o 4t	Recompte	0	47	0	0	47	14,11%
		% dins curs	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	5è o posteriors	Recompte	2	15	82	2	101	30,33%
		% dins curs	2,0%	14,9%	81,2%	2,0%	100,0%	
	No consta	Recompte	10	19	31	8	68	20,42%
		% dins curs	14,7%	27,9%	45,6%	11,8%	100,0%	
Total		Recompte	126	82	115	10	333	100,00%
		% dins curs	37,8%	24,6%	34,5%	3,0%	100,0%	

**Taula 3** | *Curs i nombre d'assignatures de les quals els alumnes estan matriculats al programa universitari per a persones grans*

			Nombre d'assignatures de què s'han matriculat			Total
			Fins a 5 assignatures	6 o més assignatures	No consta	
Curs	1r o 2n	Recompte	4	102	11	117
		% dins curs	3,4%	87,2%	9,4%	100,0%
	3r o 4t	Recompte	1	39	7	47
		% dins curs	2,1%	83,0%	14,9%	100,0%
	5è o posteriors	Recompte	71	30	0	101
		% dins curs	70,3%	29,7%	,0%	100,0%
	No consta	Recompte	1	61	6	68
		% dins curs	1,5%	89,7%	8,8%	100,0%
Total		Recompte	77	232	24	333
		% dins curs	23,1%	69,7%	7,2%	100,0%

Contra el que es podia esperar, en el sentit d'una millora dels nivells d'estudis previs, les dades no són concloents. Com recull la taula 4, tant en els més joves com en els més grans hi ha un percentatge similar de persones amb estudis superiors (23,7% i 23,8%), més

elevat que el de la població general de les mateixes edats de les Illes Balears. S'observa un augment dels alumnes amb estudis secundaris entre els més joves, amb un 53,3% de tots els alumnes que tenen menys de 66 anys, mentre que en els més grans aquest percentatge era del 43,6%.

**Taula 4 | Edat i nivell d'estudis**

		Nivell d'estudis			Total	
		Fins als primaris complets	Secundaris complets o incomplets (inclou FP)	Superiors		
Edat	50-65	Recompte	31	<b>72</b>	32	135
		% dins edat	23,0%	<b>53,3%</b>	23,7%	100,0%
		% dins nivell d'estudis	35,6%	49,0%	43,8%	44,0%
	66 i més	Recompte	56	<b>75</b>	41	172
		% dins edat	32,6%	<b>43,6%</b>	23,8%	100,0%
		% dins nivell d'estudis	64,4%	51,0%	56,2%	56,0%
Total	Recompte	87	147	73	307	
	% dins edat	28,3%	47,9%	23,8%	100,0%	
	% dins nivell d'estudis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En qualsevol cas, les proves estadístiques sobre les diferències no són significatives, de tal manera que no es pot afirmar un canvi en el patró formatiu de l'alumnat dels programes universitaris per a gent gran. La prova khi quadrat ofereix els resultats següents:

	Valor	gl	Sign. asimptòtica (bilateral)
Khi quadrat de Pearson	<b>3,953</b>	<b>2</b>	<b>0,139</b>

Les diferències significatives s'obtenen quan es distribueix la mostra segons el gènere de l'alumnat, com recull la taula 5. En aquest cas s'observa una diferència significativa a favor dels homes. Un 18,3% de les dones té estudis superiors enfront d'un 35,4% dels homes. També s'observa una diferència significativa en els nivells d'estudis inferiors, amb un 32,2% de dones i un 20,2% d'homes amb nivells inferiors als estudis secundaris.

Les diferències, per a aquestes generacions, en l'accés a l'oferta formativa àdhuc es poden observar en els resultats, encara que aquesta diferència es moderarà amb el temps i probablement s'invertirà, a favor de les dones, per a la propera generació, per a les dones que ara tenen entre 30 i 50 anys.

**Taula 5** | *Gènere i nivell d'estudis*

			Nivell d'estudis			Total
			Fins a primaris complets	Secundaris complets o incomplets (inclou FP)	Superiors	
Sexe	Dona	Recompte	67	103	38	208
		% dins sexe	32,2%	49,5%	18,3%	100,0%
	Home	Recompte	20	44	35	99
		% dins sexe	20,2%	44,4%	35,4%	100,0%
Total		Recompte	87	147	73	307
		% dins sexe	28,3%	47,9%	23,8%	100,0%

En aquest cas, la diferència és estadísticament significativa, s'obtenen resultats bastant més elevats en la prova khi quadrat, encara que el coeficient de contingència no confirmi la potència de l'associació entre l'edat i el nivell d'estudis.

	Valor	gl	Sign. asimptòtica (bilateral)	Coefficient de contingència
Khi quadrat de Pearson	12,008	2	0,002	0,194

### 3. Valoracions del programa universitari per a persones grans

S'han inclòs 17 valoracions, en el qüestionari, que han obtingut les següents puntuacions mitjanes, entre 1 i 4:

**Taula 6** | *Valoracions del programa*

	Valoracions incloses en el qüestionari	Mitjana	Desviació estàndard
1	Valoració sobre els continguts	3,18	,526
2	Valoració sobre els mètodes d'ensenyament	3,25	,521
3	<b>Valoració de la qualitat dels materials (fotocòpies, transparències, projeccions, etc.) que el professorat utilitza a classe</b>	3,15	,623
4	<b>Valoració de les condicions de l'aula</b>	3,14	,659
5	Valoració de la facilitat d'accés a les aules	3,38	,558
6	Valoració de la quantitat dels materials (fotocòpies, transparències, etc.) que el professorat utilitza a classe	3,20	,613
7	Valoració dels horaris de les assignatures	3,33	,520
8	Valoració de la durada de les assignatures	3,30	,571

*continua*

	Valoracions incloses en el qüestionari	Mitjana	Desviació estàndard
9	<b>Valoració del clima que hi ha entre els companys i companyes</b>	<b>3,44</b>	<b>,567</b>
10	<b>Valoració de les relacions entre el professorat i l'alumnat</b>	<b>3,52</b>	<b>,525</b>
11	<b>Valoració de la disponibilitat del professorat per consultar els dubtes</b>	<b>3,49</b>	<b>,548</b>
12	Valoració de la seva participació a les classes	3,35	,565
13	Valoració de la informació disponible sobre les assignatures (programa, indicacions del professorat, etc.)	3,21	,595
14	<b>Valoració sobre els procediments d'avaluació</b>	<b>3,14</b>	<b>,618</b>
15	Valoració de l'atenció que dispensa el director/a o coordinador/a del programa	3,34	,598
16	Valoració de la formació rebuda en el programa per a gent gran	3,33	,560
17	<b>Valoració del que han après a la Universitat</b>	<b>3,44</b>	<b>,521</b>

Les cinc qüestions més valorades es refereixen a les relacions amb els companys i el professorat, al costat dels aprenentatges realitzats. Els resultats de totes les altres valoracions són també positius, encara que les que obtenen valors més baixos són dues qüestions relacionades amb les condicions de les aules i la qualitat dels materials, juntament amb els procediments d'avaluació. Es pot pensar que els procediments d'avaluació són diferents dels que van experimentar en els processos formatius que coneixien, però sembla que el que té més importància és el rigor de les avaluacions.

Per facilitar les interpretacions, s'ha realitzat una anàlisi factorial de components principals de les 17 qüestions plantejades. Els resultats obtinguts permeten diferenciar tres factors principals, que expliquen un 55,41% de la variància total, una vegada rotada la matriu (procediment varimax), tal com es mostra a la taula 7.

**Taula 7 | Anàlisi factorial. Variància explicada**

Component	Suma de les saturacions al quadrat de la rotació		
	Total	% de la variància	% acumulat
1	4,143	24,369	24,369
2	2,866	16,857	41,226
3	2,412	14,190	55,416

Els tres factors s'estructuren de forma clara. El primer factor es mostra a la taula 8. S'ha decidit denominar-lo «Valoració dels processos d'ensenyament i aprenentatge» per les vuit qüestions que inclou, entre les quals destaquen per la seva importància els aprenentatges i la formació rebuda.

**Taula 8** | *Primer factor: Valoració dels processos d'ensenyament i aprenentatge*

Qüestions incloses	Saturacions
Valoració del que han après a la Universitat	,726
Valoració de la formació rebuda en el programa per a gent gran	,721
Valoració sobre els mètodes d'ensenyament	,627
Valoració de la informació disponible sobre les assignatures (programa, indicacions del professorat, etc.)	,618
Valoració de la seva participació a les classes	,617
Valoració sobre els continguts	,610
Valoració de la quantitat dels materials (fotocòpies, transparències, etc.) que el professorat utilitza a classe	,561
Valoració sobre els procediments d'avaluació	,550

El segon factor es presenta a la taula 9. Es denomina «Valoració de l'organització» i inclou quatre qüestions bàsiques, entre les quals destaquen l'accés a les aules i les seves condicions, encara que també inclou aspectes relacionats amb el temps (horaris i durada de les assignatures).

**Taula 9** | *Segon factor: Valoració de l'organització*

Qüestions incloses	Saturacions
Valoració de la facilitat d'accés a les aules	,802
Valoració de les condicions de l'aula	,761
Valoració dels horaris de les assignatures	,609
Valoració de la durada de les assignatures	,533

Finalment, el tercer factor es presenta a la taula 10. S'ha denominat «Valoració de les relacions». Abans, a la taula 6, s'han destacat les elevades puntuacions de les qüestions que s'inclouen en el present factor. En aquest tercer factor totes les qüestions obtenen pesos factorials rellevants, de tal manera que no se'n pot destacar cap, mostrant tres aspectes complementaris de les relacions: entre els alumnes, entre els alumnes i els professors, i tant des del punt de vista personal com acadèmic.

**Taula 10** | *Tercer factor: Valoració de les relacions*

Qüestions incloses	Saturacions
Valoració de les relacions entre el professorat i l'alumnat	,829
Valoració del clima que hi ha entre els companys i companyes	,768
Valoració de la disponibilitat del professorat per consultar els dubtes	,731



Les dues qüestions no incloses en cap dels tres factors són les següents:

- Valoració de l'atenció que dispensa el director/a o coordinador/a del programa.
- Valoració de la qualitat dels materials (fotocòpies, transparències, projeccions, etc.) que el professorat utilitza a classe.

La primera ha de rebre un tractament diferenciat, ja que no s'adequa als tres factors considerats. No obstant això, la segona qüestió, sobre la qualitat dels materials, tal vegada podria incloure's en el segon factor, però el seu pes factorial és inferior a 0,5, de tal manera que es considera rellevant per al factor.

#### 4. Avaluacions de l'autoeficàcia de l'alumnat

S'han inclòs 13 avaluacions en el qüestionari, que han obtingut les següents puntuacions mitjanes, entre 1 i 4:

**Taula 11** | *Avaluacions de l'autoeficàcia de l'alumnat*

	Avaluacions incloses en els qüestionaris	Mitjana	Desviació estàndard
1	<b>Grau d'eficàcia en la seva capacitat per gestionar el temps en general</b>	3,06	,472
2	Grau d'eficàcia de la seva capacitat per gestionar el temps d'estudi	2,95	,508
3	Eficàcia en les seves habilitats d'organització	3,02	,613
4	Grau d'eficàcia de la seva velocitat per aprendre	2,83	,556
5	Eficàcia en la recerca d'informació a la biblioteca	2,87	,668
6	<b>Eficàcia en la recerca d'informació a Internet</b>	2,78	,847
7	<b>Grau d'eficàcia de la seva velocitat lectora</b>	3,08	,592
8	Eficàcia en la capacitat crítica	2,98	,567
9	<b>Eficàcia en la capacitat de comprendre les coses noves</b>	3,06	,507
10	Grau d'eficàcia en la resolució de problemes	2,94	,588
11	<b>Grau d'eficàcia per actuar de forma autònoma en la vida quotidiana</b>	3,30	,513
12	<b>Grau d'eficàcia en la capacitat d'aprenentatge</b>	3,06	,533
13	<b>Grau d'eficàcia en la seva capacitat per recordar allò que aprèn</b>	2,69	,644

Les cinc qüestions més valorades es refereixen a les capacitats per ser independent, llegir, gestionar el temps, comprendre i aprendre. Els resultats més baixos s'obtenen en l'avaluació de la capacitat per manejar Internet i per recordar el que s'ha après, tal com es podia esperar. Totes les qüestions obtenen puntuacions significativament inferiors a les valoracions realitzades sobre el programa, de tal manera que es pot concloure que són més rigorosos en les autoavaluacions.

L'anàlisi factorial de components principals, realitzada seguint els mateixos procediments que els aplicats per a l'anàlisi de les valoracions, també obté tres factors diferents que expliquen un 57,726% de la variància total.

**Taula 12** | *Anàlisi factorial. Variància explicada*

Component	Suma de les saturacions al quadrat de la rotació		
	Total	% de la variància	% acumulat
1	3,068	23,599	23,599
2	2,521	19,390	42,989
3	1,916	14,737	57,726

El primer factor inclou set qüestions diferents, però relacionades amb els processos de comprensió i aprenentatge, tal com es pot veure a la taula 13. Destaca de forma clara el grau d'eficàcia en la capacitat d'aprenentatge, i és també significatiu que les aportacions més petites al factor sorgeixin de la capacitat per recordar i de la velocitat per aprendre.

**Taula 13** | *Primer factor: Eficàcia per comprendre i aprendre*

Qüestions incloses	Saturacions
Grau d'eficàcia en la capacitat d'aprenentatge	,818
Eficàcia en la capacitat de comprendre les coses noves	,693
Eficàcia en la capacitat crítica	,610
Grau d'eficàcia en la resolució de problemes	,586
Grau d'eficàcia per actuar de forma autònoma en la vida quotidiana	,584
Grau d'eficàcia en la seva capacitat per recordar allò que aprèn	,579
Grau d'eficàcia en la seva velocitat per aprendre	,535

El segon factor inclou tres qüestions molt clarament relacionades amb la capacitat per organitzar-se en un procés formatiu de llarga durada, com el que es valora. En aquest factor s'observa una certa diferència entre les tres qüestions incloses, però totes obtenen pesos factorials rellevants.

**Taula 14** | *Segon factor: Eficàcia per organitzar-se*

Qüestions incloses	Saturacions
Grau d'eficàcia en la seva capacitat per gestionar el temps en general	,875
Grau d'eficàcia en la seva capacitat per gestionar el temps d'estudi	,788
Eficàcia en les seves habilitats d'organització	,731

El tercer factor inclou solament dues qüestions relacionades amb l'eficàcia per a la recerca d'informació. Pot semblar un factor secundari, però per la rellevància que té per a l'activitat educativa als programes per a persones grans, sembla necessari mantenir-lo amb la seva pròpia identitat i estudiar com es distribueix d'acord amb altres variables com l'edat o el gènere de l'alumnat.

**Taula 15** | *Tercer factor: Eficàcia per a la recerca d'informació*

Qüestions incloses	Saturacions
Eficàcia en la recerca d'informació a la biblioteca	,760
Eficàcia en la recerca d'informació a Internet	,753

## 5. Perfil personal de l'alumnat

S'han inclòs 14 qüestions sobre la definició del perfil i les característiques de personalitat de l'alumnat, que han obtingut les següents puntuacions mitjanes, entre 1 i 4:

**Taula 16** | *Avaluacions de l'autoeficàcia de l'alumnat*

	Avaluacions incloses en els qüestionaris	Mitjana	Desviació estàndard
1	<b>Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona reflexiva</b>	3,21	,547
2	Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona crítica	2,93	,717
3	Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona segura de si mateixa	2,95	,686
4	Amb l'edat considero que sóc una persona que m'he pogut «alliberar»	3,16	,729
5	<b>Sóc una persona obstinada/caparruda</b>	2,41	,919
6	Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona creativa	2,83	,726
7	Crec que, en general, els altres tenen una bona opinió sobre mi	2,95	,507
8	<b>Sóc una persona complicada/difícil</b>	1,87	,862
9	Sóc hàbil per aplicar i integrar les coses noves que he après	2,93	,591
10	<b>Tinc una idea clara sobre el que vull aprendre</b>	3,18	,573
11	<b>Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona sociable</b>	3,25	,595
12	Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona divertida	2,73	,673
13	Crec que els altres em consideren bon amic/iga	3,16	,493
14	<b>Amb l'edat he après a ser més comprensiu/iva</b>	3,38	,610

Les quatre qüestions més valorades es refereixen al perfil de personalitat amb el qual s'identifiquen: persones sociables, reflexives, comprensives i amb una idea clara del que

desitgen aprendre. En general, l'autoconcepte és positiu. Els resultats més baixos s'obtenen en la identificació dels trets més negatius, com ser una persona difícil o caparruda, tal com es podia esperar. Totes les qüestions obtenen puntuacions significativament inferiors a les valoracions realitzades sobre el programa.

L'anàlisi factorial de components principals, realitzada seguint els mateixos procediments que els aplicats per a l'anàlisi de les valoracions, també obté cinc factors diferents que expliquen un 60,264% de la variància total.

És raonable trobar cinc factors, atès que les qüestions incloses en aquesta part del qüestionari són conceptualment més diverses que les de les seccions anteriors. Es pretén caracteritzar la personalitat de l'alumnat a partir d'un ampli repertori de trets complementaris, però diferents, com es veurà en els resultats de l'anàlisi.

**Taula 17** | *Anàlisi factorial. Variància explicada*

Component	Suma de les saturacions al quadrat de la rotació		
	Total	% de la variància	% acumulat
1	2,078	14,844	14,844
2	2,037	14,549	29,393
3	1,708	12,200	41,593
4	1,417	10,123	51,716
5	1,197	8,548	60,264

El primer factor inclou quatre qüestions diferents, relacionades amb els trets de personalitat més constructius, tal com es pot veure a la taula 18. Destaca de forma clara la comprensió i l'amistat.

**Taula 18** | *Primer factor: Personalitat socialment constructiva*

Qüestions incloses	Saturacions
Amb l'edat he après a ser més comprensiu/iva	,797
Crec que els altres em consideren bon amic/iga	,752
Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona reflexiva	,606
Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona sociable	,569

El segon factor inclou tres trets positius, relacionats amb la percepció d'eficàcia i orientació. Es tracta d'un factor que permet avaluar les personalitats amb una millor motivació per a l'aprenentatge.

**Taula 19** | *Segon factor: Personalitat orientada i eficaç*

Qüestions incloses	Saturacions
Sóc hàbil per aplicar i integrar les coses noves que he après	,729
Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona creativa	,651
Tinc una idea clara del que vull aprendre	,646

El tercer factor inclou també tres qüestions centrades en la percepció positiva de les relacions i l'autoconcepte positiu. S'utilitza un terme una mica difús per intentar captar la percepció de l'augment de l'autonomia personal («m'he pogut "alliberar"»), però que ha estat ben entès per les persones que han contestat.

**Taula 20** | *Tercer factor: Percepció positiva de les relacions i autoconcepte*

Qüestions incloses	Saturacions
Crec que, en general, els altres tenen una bona opinió sobre mi	,768
Amb l'edat considero que sóc una persona que m'he pogut «alliberar»	,641
Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona segura de si mateixa	,595

El quart factor inclou solament dues qüestions, ambdues relacionades amb les dificultats de relació, considerant l'autodefinició com a persona complicada o de difícil relació i l'obstinació en les opinions i creences.

**Taula 21** | *Quart factor: Dificultats de relació*

Qüestions incloses	Saturacions
Sóc una persona complicada/difícil	,793
Sóc una persona obstinada/caparruda	,747

Finalment, el cinquè factor també inclou dues qüestions relacionades, però en sentits inversos. La primera és l'autodefinició com a persona «divertida» i la segona, en correlació negativa amb el factor, com a persona «crítica». Quan s'interpretin les puntuacions cal invertir aquestes puntuacions, de tal manera que les baixes puntuacions en l'última qüestió informin de persones més acollidores o de fàcil acceptació dels altres.

**Taula 22** | *Cinquè factor: Personalitat alegre i acollidora*

Qüestions incloses	Saturacions
Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona divertida	,687
Grau d'acord / de desacord: Em considero una persona crítica	-,523

## 6. Balanç de l'estructura factorial del qüestionari

Com s'ha pogut comprovar, les 44 qüestions s'han reduït a 11 factors, distribuïts en tres parts diferents. Les anàlisis de components principals van ser realitzades sobre escales completes (per exemple: avaluacions de l'autoeficàcia de l'alumnat), per això els resultats es presenten seguint els mateixos blocs conceptuals que estructuraven el qüestionari. L'estructura amb la qual es treballarà és la següent:

Valoracions del programa universitari per a persones grans. Les 17 valoracions es redueixen a tres factors:

- Primer factor: Valoració dels processos d'ensenyament i aprenentatge.
- Segon factor: Valoració de l'organització.
- Tercer factor: Valoració de les relacions.

Avaluacions de l'autoeficàcia de l'alumnat. Les 13 avaluacions es redueixen a tres factors:

- Primer factor: Eficàcia per comprendre i aprendre.
- Segon factor: Eficàcia per organitzar-se.
- Tercer factor: Eficàcia per a la recerca d'informació.

Perfil personal de l'alumnat. Les 14 qüestions es redueixen a cinc factors:

- Primer factor: Personalitat socialment constructiva.
- Segon factor: Personalitat orientada i eficaç.
- Tercer factor: Percepció positiva de les relacions i autoconcepte.
- Quart factor: Dificultats de relació.
- Cinquè factor: Personalitat alegre i acollidora.

Els resultats en cadascun dels factors permeten completar l'anàlisi. Les puntuacions dels factors han estat transformades en una escala de 0 a 10, a fi de disposar d'una escala comuna que permeti la comparació i faciliti la interpretació, ja que és la mateixa escala per a tots els factors. Per a la conversió es va equiparar el 10 amb la puntuació màxima del factor i el 0 amb la mínima.

A continuació es presenten les puntuacions de cada factor, d'acord amb les respostes obtingudes. Es distribueixen els 11 factors entre quatre variables descriptives fonamentals: el gènere i l'edat de l'alumnat, el nivell d'estudis i el curs en què estan matriculats.

## 6.1. Valoracions del programa universitari de persones grans

L'anàlisi dels tres factors segons el gènere de l'alumnat no presenta resultats d'especial rellevància (taula 23), encara que s'observa una diferència significativa en el primer factor, sent les dones les que valoren més positivament els processos d'ensenyament i aprenentatge dels programes universitaris per a gent gran ( $t = 2,006$ ,  $p = 0,046$ ).

**Taula 23** | *Diferències segons gènere*

	Gènere	Mitjana	Desviació est.	t test	Sign. (p)
Valoracions del factor 1: ensenyament i aprenentatges	Dona	8,7	0,96	<b>2,006</b>	<b>,046</b>
	Home	8,5	0,98		
Valoracions del factor 2: organització i aules	Dona	8,7	1,02	,306	,760
	Home	8,7	1,15		
Valoracions del factor 3: relacions entre alumnes i amb el professorat	Dona	8,1	1,03	,953	,341
	Home	8,0	1,09		

La distribució dels tres factors segons les edats mostra diferències significatives en el tercer factor, el relatiu a les relacions entre l'alumnat i amb el professorat. Els més grans valoren significativament millor aquestes relacions que els més joves ( $t = -2,804$ ,  $p = 0,005$ ).

**Taula 24** | *Diferències segons l'edat*

	Edat	Mitjana	Desviació est.	t test	Sign. (p)
Valoracions del factor 1: ensenyament i aprenentatges	50-65	8,5	0,88	-1,757	,080
	66 i més	8,7	1,02		
Valoracions del factor 2: organització i aules	50-65	8,6	1,04	-1,519	,130
	66 i més	8,8	1,07		
Valoracions del factor 3: relacions entre alumnes i amb el professorat	50-65	7,9	1,06	<b>-2,804</b>	<b>,005</b>
	66 i més	8,3	1,01		

L'anàlisi segons el nivell d'estudis aconseguit per l'alumnat (taula 25) ofereix també una diferenciació estadísticament significativa en el tercer factor, sent els alumnes amb els nivells més reduïts d'estudis els que aporten valoracions més positives ( $F = 13,145$ ,  $p = 0,000$ ).

**Taula 25** | *Diferències segons nivell d'estudis*

	Nivell d'estudis	Mitjana	Desviació est.	F	Sign.
Valoracions del factor 1: ensenyament i aprenentatges	Fins als primaris	8,84	0,93	2,888	,057
	Secundaris	8,64	0,98		
	Superiors	8,44	0,98		
Valoracions del factor 2: organització i aules	Fins als primaris	8,89	1,07	1,850	,159
	Secundaris	8,69	0,96		
	Superiors	8,57	1,23		
Valoracions del factor 3: relacions entre alumnes i amb el professorat	Fins als primaris	8,57	0,91	13,145	,000
	Secundaris	7,95	1,08		
	Superiors	7,84	0,98		

Finalment, l'anàlisi segons el curs en el qual estan matriculats (taula 26) no ofereix diferències significatives entre els diversos cursos en cap dels tres primers factors.

**Taula 26** | *Diferències segons el curs*

	Curs	Mitjana	Desviació est.	F	Sign.
Valoracions del factor 1: ensenyament i aprenentatges	1r o 2n	8,76	0,90	2,994	,052
	3r o 4t	8,33	1,12		
	5è o posteriors	8,66	0,93		
Valoracions del factor 2: organització i aules	1r o 2n	8,88	0,97	2,662	,072
	3r o 4t	8,61	0,94		
	5è o posteriors	8,55	1,20		
Valoracions del factor 3: relacions entre alumnes i amb el professorat	1r o 2n	8,15	0,97	1,800	,167
	3r o 4t	7,82	1,07		
	5è o posteriors	8,00	1,08		

## 6.2. Avaluacions de l'autoeficàcia de l'alumnat

Els tres factors relacionats amb les avaluacions de l'eficàcia no ofereixen diferències significatives segons el gènere de l'alumnat (taula 27).

**Taula 27** | *Diferències segons gènere*

	Gènere	Mitjana	Desviació est.	t test	Sign. (p)
Eficàcia en el factor 1: aprenentatge	Dona	6,8	0,94	-,084	,933
	Home	6,8	1,15		
Eficàcia en el factor 2: organitzar-se i gestionar el temps per estudiar	Dona	7,3	1,10	1,150	,251
	Home	7,1	1,00		

*continua*



	Gènere	Mitjana	Desviació est.	t test	Sign. (p)
Eficàcia en el factor 3: ús de la biblioteca i Internet	Dona	8,3	1,48	-,211	,833
	Home	8,3	1,65		

La diferenciació segons l'edat (taula 28) mostra diferències significatives en el tercer factor, el relatiu a l'ús de les biblioteques i Internet en la recerca d'informació. La diferència és a favor dels més joves ( $t = 2,527$ ,  $p = 0,012$ ), tal com s'esperava, per la seva familiaritat més gran amb els estudis reglats i amb les noves tecnologies de la informació i la comunicació.

**Taula 28** | *Diferències segons l'edat*

	Edat	Mitjana	Desviació est.	t test	Sign. (p)
Eficàcia en el factor 1: aprenentatge	50-65	6,8	0,87	-1,006	,315
	66 i més	6,9	1,13		
Eficàcia en el factor 2: organitzar-se i gestionar el temps per estudiar	50-65	7,1	1,08	-1,285	,200
	66 i més	7,3	1,07		
Eficàcia en el factor 3: ús de la biblioteca i Internet	50-65	8,5	1,29	<b>2,527</b>	<b>,012</b>
	66 i més	8,0	1,72		

L'anàlisi segons el nivell d'estudis (taula 29) ofereix diferències significatives en el primer i tercer factor. L'eficàcia de l'aprenentatge és més gran a mesura que es tenen estudis de nivell superior ( $F = 4,829$ ,  $p = 0,009$ ), mentre que l'ús de les biblioteques i Internet ofereix puntuacions més elevades entre els qui tenen estudis secundaris o superiors, enfront dels que tenen estudis primaris ( $F = 12,496$ ,  $p = 0,000$ ).

**Taula 29** | *Diferències segons nivell d'estudis*

	Nivell d'estudis	Mitjana	Desviació est.	F	Sign.
Eficàcia en el factor 1: aprenentatge	Fins a primaris	6,55	0,76	<b>4,829</b>	<b>,009</b>
	Secundaris	6,84	1,02		
	Superiors	7,07	1,17		
Eficàcia en el factor 2: organitzar-se i gestionar el temps per estudiar	Fins a primaris	7,18	1,02	,196	,822
	Secundaris	7,24	1,11		
	Superiors	7,15	1,05		
Eficàcia en el factor 3: ús de la biblioteca i Internet	Fins a primaris	7,48	2,05	<b>12,496</b>	<b>,000</b>
	Secundaris	8,56	1,22		
	Superiors	8,46	1,37		

Finalment, l'anàlisi dels tres factors relatius a l'eficàcia, segons el curs en què estan matriculats (taula 30) no ofereix diferències significatives entre els diversos cursos.

**Taula 30** | *Diferències segons el curs*

	Curs	Mitjana	Desviació est.	F	Sign.
Eficàcia en el factor 1: aprenentatge	1r o 2n	6,89	1,04	,035	,965
	3r o 4t	6,90	1,11		
	5è o posteriors	6,86	1,02		
Eficàcia en el factor 2: organitzar-se i gestionar el temps per estudiar	1r o 2n	7,13	1,17	,940	,392
	3r o 4t	7,12	0,86		
	5è o posteriors	7,32	1,08		
Eficàcia en el factor 3: ús de la biblioteca i Internet	1r o 2n	8,23	1,68	,794	,453
	3r o 4t	8,53	1,39		
	5è o posteriors	8,43	1,26		

### 6.3. Perfil personal de l'alumnat.

En relació amb els cinc factors relatius al perfil de l'alumnat, la distribució segons el gènere (taula 31) mostra diferències significatives tant en la creativitat-innovació ( $t = 2,339$ ,  $p = 0,020$ ) com en la seguretat en si mateix ( $t = 2,892$ ,  $p = 0,004$ ) a favor de les dones, que obtenen puntuacions significativament superiors. La situació minoritària en els grups, el procés d'afirmació de les dones i la millor capacitat de relacionar-se que els homes poden explicar els millors resultats en tots dos factors.

**Taula 31** | *Diferències segons gènere*

	Gènere	Mitjana	Desviació est.	t test	Sign. (p)
Autodefinició al factor 1: compresiu/iva-sociable	Dona	8,87	0,96	1,775	,077
	Home	8,66	1,00		
Autodefinició al factor 2: creatiu/iva-innovador/a	Dona	8,13	1,21	2,339	,020
	Home	7,81	1,10		
Autodefinició al factor 3: seguretat en si mateix/a	Dona	8,23	1,28	2,892	,004
	Home	7,85	0,98		
Autodefinició al factor 4: complicat/ada-obstinat/ada	Dona	5,38	1,95	-,552	,581
	Home	5,51	1,79		
Autodefinició al factor 5: divertit/ida	Dona	7,39	1,37	1,516	,130
	Home	7,13	1,54		

Quan l'anàlisi es realitza en relació amb l'edat (taula 32), no es troben diferències significatives en cap dels cinc factors de perfil de l'alumnat.

**Taula 32** | *Diferències segons l'edat*

	Edat	Mitjana	Desviació est.	t test	Sign. (p)
Autodefinició al factor 1: compresiu/iva-sociable	50-65	8,75	0,81	-,982	,327
	66 i més	8,86	1,08		
Autodefinició al factor 2: creatiu/iva-innovador/a	50-65	8,06	1,12	,521	,603
	66 i més	7,99	1,26		
Autodefinició al factor 3: seguretat en si mateix/a	50-65	8,07	1,16	-,371	,711
	66 i més	8,12	1,22		
Autodefinició al factor 4: complicat/ada-obstinat/ada	50-65	5,62	1,72	1,577	,116
	66 i més	5,27	2,04		
Autodefinició al factor 5: divertit/ida	50-65	7,30	1,33	,110	,912
	66 i més	7,28	1,52		

L'anàlisi segons el nivell d'estudis (taula 33) ofereix diferències significatives en els dos factors finals, però amb resultats inversos. Pel que es refereix al factor d'autodefinició com a complicat-obstinat, són aquells que tenen estudis secundaris o superiors els que es consideren d'aquesta manera de forma més clara ( $F = 3,645$ ,  $p = 0,027$ ), encara que es tracta sempre de valors relativament baixos d'autodefinits en aquest factor. El factor relatiu a l'autodefinició com una persona divertida afavoreix les persones amb nivells d'estudis més baixos ( $F = 3,203$ ,  $p = 0,042$ ).

**Taula 33** | *Diferències segons el nivell d'estudis*

	Nivell d'estudis	Mitjana	Desviació est.	F	Sign.
Autodefinició al factor 1: compresiu/iva-sociable	Fins a primaris	8,93	0,89	2,559	,079
	Secundaris	8,84	1,05		
	Superiors	8,59	0,91		
Autodefinició al factor 2: creatiu/iva-innovador/a	Fins a primaris	8,00	1,19	,376	,687
	Secundaris	8,08	1,17		
	Superiors	7,93	1,22		
Autodefinició al factor 3: seguretat en si mateix/a	Fins a primaris	8,16	1,14	2,092	,125
	Secundaris	8,15	1,24		
	Superiors	7,82	1,12		
Autodefinició al factor 4: complicat/ada-obstinat/ada	Fins a primaris	4,92	1,96	3,645	,027
	Secundaris	5,57	1,81		
	Superiors	5,58	1,89		

*continua*

	Nivell d'estudis	Mitjana	Desviació est.	F	Sign.
Autodefinició al factor 5: divertit/ida	Fins a primaris	7,63	1,47	3,203	,042
	Secundaris	7,29	1,45		
	Superiors	7,07	1,28		

Finalment, quan s'analitzen els factors sobre el perfil de l'alumnat en relació amb els cursos en els quals estan matriculats (taula 34), no es troben diferències significatives més que en el factor relatiu a la seguretat en si mateix/a, ja que obtenen les millors puntuacions les persones matriculades a 3r o 4t, enfront de la resta de cursos ( $F = 4,186$ ,  $p = 0,016$ ).

**Taula 34** | *Diferències segons el curs*

	Curs	Mitjana	Desviació est.	F	Sign.
Autodefinició al factor 1: compresiu/iva-sociable	1r o 2n	8,90	0,87	1,419	,244
	3r o 4t	8,93	0,88		
	5è o posteriors	8,69	1,10		
Autodefinició al factor 2: creatiu/iva-innovador/a	1r o 2n	7,96	1,08	,223	,800
	3r o 4t	8,00	1,29		
	5è o posteriors	8,08	1,27		
Autodefinició al factor 3: seguretat en si mateix/a	1r o 2n	7,95	1,17	4,186	,016
	3r o 4t	8,59	1,02		
	5è o posteriors	8,09	1,28		
Autodefinició al factor 4: complicat/ada-obstinat/ada	1r o 2n	5,40	1,81	,984	,375
	3r o 4t	5,40	2,13		
	5è o posteriors	5,74	1,73		
Autodefinició al factor 5: divertit/ida	1r o 2n	7,59	1,41	1,650	,194
	3r o 4t	7,40	1,40		
	5è o posteriors	7,23	1,45		

## 7. Discussió i conclusions

Tal com ha quedat recollit en els resultats, el gran grup d'alumnat adult gran que cursa estudis a la Universitat a través de la seva oferta específica, el programa de la UOM, és majoritàriament femení, amb estudis secundaris, un interès molt elevat per l'aprenentatge i una percepció de les seves pròpies habilitats d'aprenentatge molt alta. És per això que té una percepció molt positiva de les aportacions que li reporta el programa educatiu que duu a terme. També té aquesta percepció positiva de les seves característiques com a alumne. Es tracta d'un alumnat que se sent còmode i gaudeix amb l'activitat que realitza. Les seves opinions no són homogènies en alguns dels aspectes analitzats. Així, el gènere,

l'edat, el nivell d'estudis i el nombre d'anys que fa que realitza aquests cursos marquen diferències en la valoració que realitzen, tant del programa com de si mateixos, que han de tenir-se en compte en les ofertes formatives.

Pel que fa al programa universitari de gent gran que cursen unes i altres, les dones valoren més els processos d'ensenyament-aprenentatge que els homes, independentment de l'edat i del curs del programa que facin. Les menors oportunitats educatives de les dones sens dubte tenen la seva importància en aquesta valoració. Recordem que, segons les dades, les dones d'aquestes generacions tenen un nivell educatiu inferior que el dels homes, de manera que accedir a aquests estudis, poder estudiar, té un valor afegit per a elles.

Al costat dels aprenentatges, el nostre alumnat valora de forma molt important les relacions que es donen al llarg del programa, tant entre alumnes com amb el professorat. Destaca especialment la seva valoració de les relacions amb el professorat. En aquesta valoració influeix el nivell d'estudis i també l'edat. El valor positiu d'aquestes relacions és més important per a l'alumnat de més edat i també per a l'alumnat amb menys estudis.

En aquest context, també és important destacar l'autovaloració positiva que realitza l'alumnat sobre les seves habilitats per enfrontar-se a situacions d'aprenentatge, amb algunes diferències entre grups. Així, per exemple, són els més joves els que manifesten major habilitat per a la recerca d'informació, tant a la biblioteca com a Internet. El nivell d'estudis previs superior és rellevant en la percepció de major eficàcia i implementació del que s'ha après i també en el maneig de les habilitats de recerca d'informació.

Pel que fa a la seva autodefinició personal, són les dones qui es perceben com a més creatives, innovadores i segures de si mateixes que els homes. No sols el gènere, també el curs que realitzen al programa de la UOM, influeix en la seguretat en si mateixos d'aquest alumnat: com més gran és el nombre de cursos realitzats, més gran és també aquesta autodefinició positiva. Des d'un altre punt de vista, resulta curiós que aquest alumnat es percebi com a menys complicat i obstinat i més divertit com menor és el nivell d'estudis.

Tal com s'ha comentat, aquest alumnat valora de forma molt important els aprenentatges que li proporciona el programa, igual que les relacions, tant personals com amb el professorat. Tot això sens dubte fomenta el seu interès i permanència al programa. Ja hem vist que el percentatge d'alumnat que és al programa fa més de cinc anys és molt elevat. De fet, revisant les memòries anuals del programa de la UOM, veiem que l'oferta complementària cada vegada té un nombre d'alumnat matriculat més gran, que ja va cursar els diferents diplomes reglats oferts com a títols propis. D'altra banda, tampoc no és menyspreable la percepció d'autoeficàcia d'aquest alumnat, la percepció de les seves capacitats i habilitats personals, relacionals i d'autonomia i aprenentatge. Sens dubte fomentar aquest tipus d'opcions d'aprenentatge permanent en l'adultesa contribueix a això.

## Referències bibliogràfiques

Arnay, J. (coord.). (2010). *Los procesos de enseñanza y aprendizaje en los Programas universitarios para personas mayores. Estudio de casos y propuestas de mejora*. Projecte finançat per la Direcció General de Política Universitària del Ministeri d'Educació, presentat a la convocatòria de programes d'estudis i anàlisis, Resolució de 6 de febrer de 2009, BOE de 3 de març, referència EA 2009-0160.

## Autors

### CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987.

Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educativosocial, sobre els quals ha realitzat diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de l'any 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar del Ministeri de Ciència i Tecnologia. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

### LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la, 1960. Doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i en Filosofia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Professor titular a la UIB de mètodes d'investigació, des de 1997. Director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB de 2007 a 2011. Ha estat responsable de la Unitat de Planificació i Estudis Socials del Consell de Mallorca, coordinador del centre de serveis socials de la comarca de Manacor, educador i treballador social en diversos serveis. Les seves investigacions i publicacions s'han centrat en la metodologia de la investigació social i educativa, així com en l'estudi de les necessitats socials i educatives dels joves, les persones grans i les dones dedicades a la prostitució.

**ELS ALUMNES DE LA UOM  
EXPERIMENTEN AMB LA INVESTIGACIÓ  
MITJANÇANT LES HISTÒRIES DE VIDA**

---



## **Els alumnes de la UOM experimenten amb la investigació mitjançant les històries de vida**

Liberto Macías González  
Lluís Ballester Brage

Alumnes del tercer curs de la UOM que han col·laborat en aquest treball:

M. Victòria Estela Ripoll  
Margalida Moranta Moranta  
M. Carme Rullan Perelló  
Isabel Vilanova Bover

---

## Resum

La idea d'aquest article és donar a conèixer un dels tallers que la Universitat Oberta per a Majors (UOM) duu a terme amb els alumnes del tercer curs del Diploma Sènior. És un taller que pretén introduir l'alumne en el món de la investigació. Hem triat la metodologia qualitativa i treballam l'elaboració de les Històries de Vida com a element de coneixement d'una època anterior, condicionada per aspectes econòmics, socials i culturals, que les generacions d'ara no poden tenir present, si no és a partir de les vivències de les persones que han viscut, en primera persona, els esdeveniments que han marcat la seva vida i la trajectòria de tota la societat.

Basam l'article a definir el que entenem per investigació etnogràfica i, concretament, les Històries de Vida. Seguidament, exposarem el taller que la UOM tira endavant amb els alumnes del tercer curs. Després, quatre alumnes ens mostraran una part del seu treball de final de curs i, per acabar, reflectim la valoració que han fet les alumnes del taller que han cursat durant el curs acadèmic 2010-2011.

## Resumen

La idea de este artículo es dar a conocer uno de los talleres que la *Universitat Oberta per a Majors (UOM)* está llevando a cabo con sus alumnos de tercer curso del Diploma Sènior. Es un taller que pretende introducir al alumno en el mundo de la investigación. Se ha elegido la metodología cualitativa y, dentro de ésta, se trabaja la elaboración de las *Històries de Vida* como elemento de conocimiento de una época anterior, condicionada por aspectos económicos, sociales y culturales, que las generaciones de ahora no pueden tener presente si no es a partir de las vivencias de aquellas personas que han vivido en primera persona los acontecimientos que han marcado su vida y la trayectoria de toda la sociedad.

El artículo se basará en definir lo que entendemos por investigación etnográfica y, concretamente, las historias de vida. Seguidamente, expondremos el taller que la UOM realiza con sus alumnos de tercer curso; después, cuatro alumnos nos mostrarán una parte de su trabajo de final de curso y, para acabar, la valoración que han hecho las alumnas del taller que han cursado durante el curso académico 2010-2011.

---

## 1. Introducció

Ja fa uns quants anys que tot sovint trobam en tot tipus de documentació el concepte *envelliment actiu*. És com si ara mateix estigués de moda promocionar tots els projectes, activitats i actuacions amb aquest epígraf. Nosaltres ens hem aturat a pensar què volen

dir exactament les paraules *envelliment* i *actiu* per si mateixes, abans que esdevinguin un concepte inseparable i indiscutible. Segurament cada autor concep l'axioma d'una manera determinada, adaptada segurament al seu àmbit de treball i coneixement.

Aquest article vol exposar el treball que la Universitat Oberta per a Majors (UOM) duu a terme per contribuir a fer realitat el tan anomenat envelliment actiu a través, això sí, de la implicació directa de l'alumne gran en un treball determinat, que més endavant explicarem d'una manera àmplia. En aquestes línies volem transmetre el valor de la tasca que han fet moltes persones implicades a treballar amb un col·lectiu que ha de tenir les mateixes oportunitats que la resta. Els més grans ens demostren que són unes persones que tenen moltes ganes de fer coses noves i d'aprendre'n, i sempre amb la inquietud de ser útils i poder transmetre a la societat allò que han cultivat tots els anys que han servit a la comunitat i tornar-l'hi; aquesta experiència és el que és realment important i nosaltres hem d'intentar donar-li continuïtat i no deixar-la perdre. Hem d'intentar aprofitar aquesta energia que tenen els més grans i que estan disposats a compartir. Nosaltres, com a persones i com a institució, hem de contribuir que la nostra cultura, els nostres costums no quedin perduts en l'oblit. Hem de permetre —i facilitar-los-ho— que les persones grans que estiguin disposades a continuar fent feina, en puguin fer i, com hem comentat anteriorment, que ho facin d'una manera activa i participativa.

Un dels objectius prioritaris de la UOM és contribuir a l'envelliment actiu, però des de la participació de la gent gran en el desenvolupament d'activitats que generin aquesta part activa. Volem que els alumnes siguin els responsables del seu aprenentatge, tant del més acadèmic i cultural com del més personal, del més intern. Els alumnes han de descobrir tot el que són capaços de fer i aconseguir. És important oferir-los activitats atractives i interessants, però és molt més important que aquestes activitats siguin útils als alumnes que hi participin i que els ajudin a desenvolupar les capacitats i habilitats més significatives de la seva vida quotidiana.

La UOM, a través del Taller d'Investigació Etnogràfica: les Històries de Vida, vol mostrar una alternativa d'aprenentatge i de participació a un col·lectiu que, en general, no està avesat a temes d'investigació. Aquest taller, però, és prou interessant per ajudar-los a conèixer i descobrir, tal vegada, aquell camí que cercaven per arribar a formar part d'un grup de persones que tingui les mateixes inquietuds i interessos; seria una manera de tornar a la societat qualque cosa vàlida, útil i molt significativa, ja que la valoració que en fan és molt positiva.

## 2. L'etnografia i les Històries de Vida

A què ens referim o què entenem quan parlem d'investigació etnogràfica i d'Històries de Vida? En aquest apartat intentarem esclarir alguns conceptes que treballam amb els alumnes grans.

Per començar, què entenem per *etnografia*? El terme etnografia ve de l'antropologia i significa literalment —com assenyalen alguns autors— «descripció de la manera de vida d'una raça o d'un grup d'individus» i «l'etnografia és descriptiva per definició i es mou en l'enfocament de la investigació qualitativa» (Woods 1987, 18, 162; Bisquerra 1989, 146). Lluís Ballester (2004) explica que la investigació etnogràfica «pot ser considerada com un dels enfocaments teòrics principals de la metodologia qualitativa, molt rellevant en el context de la investigació educativa» i podem dir que de cada vegada ho és més en els estudis d'àmbit més social. Aquest mateix autor diu que parlem d'investigació etnogràfica o, més simplement, d'etnografia per «al·ludir tant al procés d'investigació pel qual aprenem la manera de vida d'algun grup identificable de persones com al producte d'aquest esforç: un escrit etnogràfic o retrat d'aquesta manera de vida» (Ballester 2004, 256). Com podem veure, l'investigador no exposa els resultats o el treball que ha fet, sinó que interpreta la realitat a partir dels documents i de la informació que té, és a dir, «l'etnògraf no explica, sinó que crea una interpretació» (Ballester 2004, 258). Comprovam que entre els autors hi ha unanimitat a l'hora de definir el concepte d'etnografia.

Si revisam la manera com Juan José Pujadas introdueix la seva obra *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*, trobam dues citacions que mostren una visió molt clarificadora del que podem entendre per Històries de Vida; són aquestes:

«Produir una història de vida, tractar la vida com una història, és a dir, com el relat coherent d'una seqüència significant i orientada d'esdeveniments, és potser sacrificar-la a una il·lusió retòrica, a una representació comuna de l'existència que tota una tradició literària no ha deixat ni cessa de reforçar» (Bordieu 1989).

«La història oral és una història construïda entorn de les persones. Introdueix la vida en la mateixa història i amplia els seus horitzons. Reconeix com a herois no solament els líders, sinó també la majoria desconeguda de les persones» (Thompson 1989).

Per tant, què són les Històries de Vida? Són els relats que són transmesos o que antigament eren transmesos de manera oral; són les vivències narrades que les persones, tant les conegudes com les no conegudes, deixen escrites i, d'aquesta manera, queden registrades, i són, o poden ser, font d'informació molt important; són les històries de persones que ens ajuden a reconstruir, a saber què ha passat, quines situacions varen viure en un temps en què nosaltres no hi érem, però en què els narradors en varen ser protagonistes de primera mà<sup>11</sup>.

Hem fet una petita recopilació d'aspectes importants i de contextualització de les Històries de Vida per oferir una visió àmplia del concepte i perquè quedi reflectida l'essència del

<sup>1</sup> Destacam la diferenciació entre un *relat de vida* (una narració lliure sobre la vida d'una persona) i una *història de vida* (una reconstrucció elaborada a partir de la iniciativa d'un investigador).

que són les Històries de Vida. Segons Thompson (2005, 153), la història de vida «ofereix una informació coherent per pròpia naturalesa, arrelada en l'experiència social real; és capaç, a més, de proporcionar descobriments sociològics de notable frescor per oposició a les respostes mecàniques a qüestionaris predeterminats». Ballester (2004, 305) comenta que «l'ús de l'enfocament biogràfic en les ciències socials ha tingut un èxit desigual; al llarg del segle XX va tenir moments de molta acceptació i ús, com va ocórrer al principi de segle amb l'Escola de Chicago, i moments d'oblit relatiu, fins que va ser redescobert a final dels anys setanta».

Per fer referència al primer document que podem denominar com a biografia etnogràfica ens hem de remuntar a l'any 1825, any en el qual Anderson va fer un treball que «es tracta de les memòries d'una dona *cherokee*, cristianitzada i, en general, profundament aculturada» (Pujadas 1992, 16). A partir d'aquí, comencen a sortir estudis basats en l'enfocament biogràfic com a metodologia d'investigació i destaquen autors com, per exemple, Allport (1942), Gottdchalk (1945), Angell (1945) i Kluckhohn (1945).

El que coneixem com a enfocament biogràfic —una altra manera d'anomenar les Històries de Vida— va tenir molta repercussió a principi del segle passat. Aquella època molts d'estudis estigueren emmarcats en l'anomenada Escola de Chicago. Un dels estudis més importants d'aquell moment va ser *The Polish Peasant in Europe and America 1918-1920*, de Thomas i Znaniecki. Aquests autors varen fer servir la història de vida com a document sociològic per comprendre des de dins el món de la persona. La primera d'aquestes Històries de Vida va ser l'autobiografia que Wladek Wiszniewski va escriure a petició de Thomas i Znaniecki, ja que el consideraven un personatge representatiu de l'emigrant polonès d'origen pagès. La Història de Vida va sortir publicada com una part de l'obra total i els dos autors anteriors la varen comentar àmpliament a les notes a peu de pàgina. Els dos autors utilitzen la història de vida com una tècnica per penetrar a l'interior del personatge, no com un mètode o un enfocament autònom.

Alejandro Moreno (2005) comenta —fent referència al paràgraf anterior— que els investigadors Thomas i Znaniecki varen distingir dos tipus de documents, com ho faria més tard Ferrarotti. Per una banda, destrien els documents primaris, és a dir, la pròpia història de vida i, per altra banda, els documents secundaris, és a dir, tots els altres. Thomas i Znaniecki donen més valor científic als documents secundaris que als primaris. D'aquesta manera, les Històries de Vida apareixen, amb *The Polish Peasant in Europe and America 1918-1920*, en l'àmbit de la investigació social, sobretot com:

1. Autobiografies. La persona protagonista és la que narra la seva historia vital
2. Tècniques d'investigació. Metodologia qualitativa d'investigació

3. Documents no biogràfics. Aquells documents relacionats amb el protagonista de la Història de Vida, però que no els ha escrits directament ell (cartes enviades a una altra persona i la resposta, anotacions, enregistraments, etc.).

Per tant, Moreno (2005) conclou que, entre la multiplicitat i varietat de documents biogràfics amb intenció científica que han existit, que existeixen i que poden existir, ha estat perfilada, precisada i delimitada amb identitat pròpia la història de vida. Thomas i Znaniecki marquen una fita en aquest procés de donar-li valor i precisar-la com a document científic. Per la sociologia i les ciències socials en general, podem dir que la història de la Història de Vida es divideix en abans i després d'ells dos. No són els primers a treballar-hi, sinó que s'inscriuen en una tradició que començà molt abans i de la qual els antropòlegs són els pioners, però que, en assumir-la en el marc de les orientacions de la primera Escola de Chicago i en esforçar-se per inserir-la en els paràmetres de la ciència de l'època amb les seves exigències d'objectivitat i de rigor metodològic, li atorguen un estatus de científicitat que, per molt discutit que hagi estat en el passat i per molt que pugui continuar sent-ho a l'actualitat, ja no l'hi poden esborrar.

Hi ha altres autors que fan algunes matisacions al concepte, com, per exemple, Arjona i Checa (1998), que comenten que, al concepte d'història de vida, com a tècnica etnogràfica, «cal fer-hi algunes precisions: per *història* entenem la història en minúscules de *personatges sense importància*. No es refereix a les gestes d'herois i grans conquistadors, homes de ciència, polítics o banquers famosos, sinó, al contrari, és el reflex d'una vida senzilla, sense fama ni glòria. Quant al terme *vida*, també es diferencia de les biografies que narren els escriptors o de les memòries que descriuen persones de rellevància política, històrica o social; més aviat és el relat contat en primera persona per un protagonista qualsevol, d'un *home del carrer*, encara que ha de ser una persona que s'expressi amb una certa fluïdesa i el relat sigui acompanyat d'una bona dosi de memòria». Com podem comprovar, els autors anteriors fan èmfasi en la importància de les Històries de Vida com a narracions de persones desconegudes, però no per això sense interès, ja que són històries reals, viscudes en temps real, com ja les hi considerava Thompson el 1989. Per tant, les Històries de Vida han de tenir rigor en el mètode i, per dur-les a terme, l'autor necessita bastants contactes, entrevistes i ha de fer recerca de documents.

Quant a la metodologia per escriure Històries de Vida, podem destacar aspectes com ara la selecció dels fets talment com són recordats, la memòria de la persona entrevistada. Seguidament, exposam una mica més aquests aspectes importants per redactar una història de vida.

Seleccionar els fets és una de les situacions habituals en el procés d'escriure una història de vida, tant per part de l'investigador com per part de l'entrevistat. Perquè l'investigador no faci una retallada interessada i distorsionadora, hom li sol recomanar que les primeres entrevistes siguin lliures, que puguin ser reconstruïdes sense indicacions gaire detallades de què cal explicar i què no és necessari. És més important, però, tenir present la perspectiva

de l'entrevistat. És evident que la memòria no és tot el passat i que la narració tampoc no és tot el record. Hi ha aquests dos processos de selecció: d'allò que va passar a allò que recordam; d'allò que recordam a allò que volem narrar. No hi ha cap problema, mentre siguem conscients d'aquesta selecció.

La perspectiva des de la qual l'entrevistat reconstrueix la seva història de vida. Quan recordam un succés, ens podem situar de dues maneres:

- Fora de la situació que recordam. És la perspectiva de l'observador (PO). En aquesta perspectiva parlem d'allò que ha passat com si nosaltres no hi estiguéssim vinculats emocionalment, com si en fóssim testimonis externs
- L'altra manera és recordar la situació des de la vivència personal, revivint la situació tal com la vàrem viure en el moment en què va succeir. Aquesta perspectiva és la del participant (PP).

El tipus de memòria de l'entrevistat ofereix també dues possibilitats. Per una part, pot ser una memòria que recorda per fer-nos revivre el passat i, per una altra, una memòria que recorda per treure'n conclusions en el present. Sense plantejar cap indicació sobre la manera com han de parlar, els entrevistats són els qui acaben decidint quin posicionament adopten en aquest sentit.

Com diu Todorov (2008, 29), podem diferenciar entre una «memòria literal», en la qual el record és com una experiència singular fixada en el passat i difícil d'aprofitar, i una «memòria exemplar», que, sense negar l'experiència singular, recupera el fet concret narrat com un exemple o expressió d'una reflexió més general. Hi pot haver una certa dependència d'aquest passat en el primer cas, és a dir, el narrador encara no ha pogut extreure conclusions més generals d'allò que va viure en primera persona. En el segon cas, el perill és diferent, ja que és el de la distorsió interessada, la correcció d'allò que va passar per facilitar-ne l'aprofitament. Aquesta darrera situació és freqüent en les Històries de Vida construïdes amb coherència, com si tot fos una etapa coherent d'un camí que l'ha duta fins al present.

Ara, amb tota aquesta informació sobre l'etnografia i les Històries de Vida, passarem a explicar el taller que la UOM imparteix als alumnes del tercer curs del Diploma Sènior.

### 3. Taller d'investigació etnogràfica: les Històries de Vida

Vàrem estrenar el taller d'investigació a partir de la reforma del pla d'estudis del Diploma Sènior de la UOM. Fan aquest taller els alumnes del tercer curs; és obligatori i va ser inclòs en el pla d'estudis amb un altre taller, el de voluntariat social i cultural, amb la finalitat de donar

opcions als alumnes i mostrar-los camins alternatius que possibilitin la participació activa de la gent gran més enllà d'assistir a les classes de la Universitat. Una vegada que es matriculen per cursar el tercer curs, han de triar entre les dues opcions de taller obligatori que oferim.

Els objectius del Taller d'Investigació Etnogràfica són:

- Adquirir els coneixements necessaris per entendre què és la investigació etnogràfica
- Aprendre a dissenyar una investigació etnogràfica
- Conèixer algunes de les tècniques utilitzades en el treball de camp per obtenir informació i aplicar-n'hi
- Adquirir els coneixements i les habilitats necessaris per fer una anàlisi qualitativa de la informació recollida en un treball de camp etnogràfic
- Aprendre a preparar un informe etnogràfic

En definitiva, apropar l'alumne gran al món de la investigació i donar-li a conèixer la metodologia d'investigació social que pugui interessar al col·lectiu de les persones grans. Centram el taller en la metodologia qualitativa i hi treballam sobretot l'enfocament biogràfic a través de les Històries de Vida. Consideram que és el mètode que pot resultar més atractiu i interessant per als nostres alumnes.

La durada del taller és de vint hores, i seguim una metodologia teòrica i pràctica que dividim en vuit sessions teòriques i dues per preparar l'entrevista que formarà part del treball i que els alumnes han d'entregar en acabar el curs.

Els continguts del taller són els següents:

- Presentació i introducció a la metodologia qualitativa
- Presentació del taller
- Investigació qualitativa *versus* investigació quantitativa

### **Què és l'etnografia?**

- L'etnografia com a mètode d'investigació: és un procés interactiu en l'àmbit local i té l'objectiu de produir coneixements rellevants i vàlids
- L'etnografia com a procés obert de recollida i interpretació d'informació
- Una part pràctica: presentar un cas d'etnografia i comentar un documental sobre entrevistes a ciutadans estrangers



## **Dissenyar la investigació etnogràfica**

- Seleccionar el tema i àrea d'investigació. Documentació
- Definir-ne els objectius
- Determinar l'àmbit de l'estudi i de la mostra
- Seleccionar els mètodes i tècniques d'investigació
- Formular preguntes de la investigació i dels continguts bàsics
- Planificar el treball de camp
- Determinar els procediments per analitzar la informació i presentar-ne els resultats
- Fer la investigació
- Part pràctica. Un exemple: fer un estudi sobre les dones vídues a Espanya

## **Observar, registrar i descriure**

- L'observació: què és, com la duem a terme i per a què serveix
- Elaborar les notes de camp, fitxes d'observació i de registres (fotos, àudio, audiovisuals) i manejar-les
- Part pràctica: pràctica d'observar amb una fitxa de registre i analitzar la comunicació

## **L'entrevista etnogràfica**

- L'entrevista: què és, com es duu a terme i per a què serveix
- L'ús d'informants en etnografia: com hem de seleccionar un informant, quants en podem tenir i per a què
- El problema de la inexactitud dels informants i altres dificultats
- Planificar i dur a terme l'entrevista: protocol, guió, realització i transcripció
- Part pràctica: treballar en parelles per practicar les entrevistes d'exploració de l'ús del temps lliure

## **Històries de Vida**

- Històries i relats de vida
- La manera com han de redactar una història de vida
- Tècniques bàsiques per redactar-la
- Part pràctica: preparar la investigació que han de fer durant el taller

## **Manejar les dades i anàlisi qualitativa**

- Manejar la informació: organitzar les dades, emmagatzemar-les i facilitar-hi l'accés
- Fonaments de l'anàlisi qualitativa: descriure els fets i explicar-los a través de l'estudi de casos

- Fases de l'anàlisi qualitativa
- Reduir la informació: informes resum, codificació, esquemes i exemples
- Construir presentacions comprensives: citacions, matrius i taules, diagrames de fluxos
- Extraure'n conclusions i verificar-les: triangulació, saturació, negociació i auditoria
- L'escriptura etnogràfica: la manera com han de preparar l'informe d'investigació

El treball o informe final que els alumnes han de presentar és una història de vida, que han de fer a una persona d'edat avançada i, en la mesura del que sigui possible, que visquin totes soles. Si no troben cap persona que visqui tota sola, poden entrevistar persones casades o que tinguin parella. L'informe ha d'incloure en tots els casos una introducció del treball —que han de lliurar amb el plantejament de la investigació—, el perfil biogràfic de la persona entrevistada, el detall de la situació de la persona seleccionada, una contextualització historicosocial en nivells diferents (autonòmic, nacional i internacional), la interpretació final i la valoració personal, i, per acabar, els annexos documentals (genograma, fotografies, transcripció de l'entrevista, etc.).

Seguidament, exposam uns retalls de les Històries de Vida que han presentat quatre alumnes que s'han diplomats enguany, el curs acadèmic 2010-2011. Hem denominat aquesta part «Experiències compartides».

#### 4. Experiències compartides

Dins aquest part transcrivim una part dels treballs presentats per les alumnes de la UOM que s'han examinat del Taller d'Investigació Etnogràfica: les Històries de Vida.

— M. Victòria Estela Ripoll ens presenta la Història de Vida —com diu ella— d'un amic de la família.

La persona sobre la qual fem la investigació etnogràfica hi va venir a bé després de la xerrada que vàrem mantenir, durant la qual li vaig explicar que cercava una persona per dur a terme aquell treball. És un amic de la família i conegut des de fa molts anys, al qual agraeix la bona disposició que tingué. Actualment, viu a Palma, a una casa clàssica de la classe mitjana. La sala on hem fet les sessions o entrevistes està orientada al migdia; és càlida i lluminosa; està moblada de manera confortable i conté alguns mobles clàssics antics (procedents de la família), una llibreria grossa plena de llibres i, a un costat, conté vídeos, cedés, discos i una torre de música.

El nostre entrevistat va néixer a Palma, al si d'una família treballadora, l'any 1935. És fill únic i té pocs parents: solament va tenir una tia paterna fadrina, un oncle matern i un cosí. És d'alçada mitjana, prim i té el cabell blanc i escàs. És polít i curós en l'arranjament

personal. Em mira directament als ulls; té una expressió afable; les maneres, educades i amables; és bon conversador, encara que té un parlar molt pausat. M'indica que sol enfadar-se i que quan ho fa té un punt colèric, la qual cosa m'és una mica difícil de creure per la manera com el conec.

Son pare i sa mare vivien a un edifici tots els pisos del qual eren de lloguer. Habitaven en el pis que avui en dia anomenam àtic, però que aleshores era un habitatge al terrat; allà va néixer ell. La casa era petita, però tenia una terrassa gran on sa mare tenia molts de tests amb plantes molt hermoses i des de la qual tenien una bona vista, ja que, a continuació de les avingudes, gairebé no hi havia construccions. Segons recorda dels primers anys, no tenien banyera, però amb el temps varen instal·lar-ne una.

El seu barri natal és el de les avingudes de Palma. Ca seva era a l'avinguda mateix, molt a prop del carrer d'Aragó. Tenia una amistat cordial amb tots els veïns, sobretot amb els que vivien al principal, ja que eren una família nombrosa, i amb els fills de la qual es va criar com si fossin germans. A l'andana central de les avingudes podien jugar i córrer i era gairebé la seva zona particular; hi estaven molt bé, menys els dissabtes, ja que aquest dia, damunt aquesta andana, hi instal·laven el mercat de verdura, fruita i aus dels pagesos dels afores, i, a la vorera lateral, hi muntaven la parada els pagesos que portaven animals (ovelles, vaques i, fins i tot, cavalls) per vendre. Li agradava molt contemplar-los. Era emocionant passejar-hi amb sa mare quan hi anava a comprar; passaven per enmig d'una gran quantitat de gent que hi anava a fer el mateix que feia ella. Quan ja va poder, l'ajudava amb les cistelles, la qual cosa feia que se sentís més gran i responsable.

Al llarg de l'any celebraven una sèrie de festes. Quan commemorava l'onomàstica rebia tots els amics amb un refrigeri. Les festes més importants eren Nadal i Pasqua. Celebraven la primera en família i amb un bon menjar, encara que —ho comenta amb una cara una mica despectiva— no hi havia ni el consumisme ni l'abundància dels menjars d'avui en dia. Afirma que era més íntima que no ara, que és una espècie de carrera en la qual tothom ha d'estar ben content i les viandes han de ser tan abundants que és impossible menjar de tot. Les festes de Pasqua li agradaven molt, ja que sa mare feia panades i rubiols, i el diumenge menjaven frit i be rostit. La Pasqua era indicatiu que ja arribava el bon temps i que el curs escolar enfilava la recta final.

L'any 1936 va esclatar la Guerra Civil Espanyola i sa mare l'amagava al soterrani de la finca cada vegada que sonava l'alarma que indicava que arribaven avions per bombardejar. D'aquest temps en què aconseguir menjar a la ciutat no era fàcil, diu que un dia son pare va portar un ou per a ell; sa mare l'hi va fregir i, quan va haver mullat una sola vegada el pa en el vermell d'ou, ja no en va voler més; son pare i sa mare —pensa ara— varen quedar-ne ben decebuts. Una altra vegada son pare va anar a un poble —el nom del qual no recorda— i va aconseguir portar-ne un pa, la qual cosa va ser una alegria, com si allò

fos —com vulgarment diem— tot lo món. Tot això són records que li varen transmetre son pare i sa mare i que li han quedat gravats.

Acabada la guerra el 1939, la vida es va normalitzar relativament, ja que després va esclatar la Segona Guerra Mundial i hi havia una escassetat d'aliments brutal. Va començar l'escola; primer, als Jaquotots i després, als Agustins, i així va tirar endavant fins que li va tocar començar el batxillerat a l'Institut Ramon Llull. Comenta que no era com avui dia. Aleshores, tant ell com els seus companys anaven arreglats, amb americana o jaqueta, corbata i ben pentinats. Va fer molts bons amics, amb alguns dels quals encara avui es relaciona; d'altres s'han mort o els ha perdut la pista. Jugava molt amb els amics; primer, a la terrassa de ca seva; després, a la dels amics veïns de la finca i, més tard, a l'andana de les avingudes. Ja quan va ser més gran anava al cinema amb els amics veïns. Cada any, quan arribava la Fira del Ram, era tradició anar-hi almenys una vegada, encara que no podia pujar gaire a les atraccions, perquè els diners no sobraven, però això ho assimilava com una cosa normal. Pels Reis, demanava cada any una bicicleta, però no va arribar-li mai. De vegades, quan parlava amb altres amics, va constatar que a ells tampoc no els arribà mai (riu obertament). A l'estiu —comenta—, anava amb sa mare (son pare solament hi podia ser els caps de setmana) i uns amics que venien de Barcelona a passar un mes de vacances a Montisíon, a Porreres. Per ell això era anar-se'n gairebé a l'altre extrem del món i les passejades i corregudes per fora vila eren com si exploràs una selva. Aquest és un dels millors records de la seva infantesa.

La joventut va transcórrer amb normalitat. Son pare era un bon ebenista i ell va poder estudiar una carrera, que havia de seguir per lliure, ja que en aquell temps a les Balears no hi havia Universitat. Havia d'anar a examinar-se'n a Barcelona. Hi anava amb pocs diners en la butxaca; s'allotjava en una senzilla pensió amb altres estudiants i, quan anava a passejar una mica per la plaça Reial (famosa per les cerveseries i tapes), tot sol o amb companys, al màxim que arribava era a una cervesa i, qualque vegada, a unes patates, no gaire més que els seus amics de Palma amb els quals compartia estudis. Així va anar passant el temps fins que va culminar els estudis i ja va ser llicenciat en Dret.

Quan va començar a treballar, la primera cosa que va fer va ser comprar un televisor per a son pare i sa mare, i, a continuació, es va comprar un cotxe, però no va passejar-los-hi gaire, ja que poc temps després va començar a sortir d'excursió amb els amics i amigues i ja va tenir al·lota. Després del clàssic festeig d'aquell temps, es varen casar, varen tenir dos fills i varen anar construint a poc a poc el seu patrimoni. Més tard, els seus fills es varen casar i li varen donar el més meravellós que podien donar-li: néts.

Va acceptar la jubilació com una cosa normal, que ens arriba a tots i que li ha proporcionat l'oportunitat de dedicar-se al que li agrada: a passejar-se llargament amb la dona i aturar-se a un bar a xerrar, que diu que sempre tenen temes per parlar i molt diversos. Actualment, li agrada, a més de moltes altres coses, filosofar sobre la vida, el temps que

dura i les moltes vivències que s'esdevenen; comenta que no oblida mai els records, però sí les coses més recents.

— Margalida Moranta Moranta ens presenta la Història de Vida d'un home que ha viscut moltes coses en primera persona, encara que no en vulgui ser protagonista.

El meu entrevistat va néixer a Palma el 1931 i enguany ha complit vuitanta anys, però és un home molt actiu i té les idees ben clares. Pot ser que el cos no aguanti tot el que el seu cap voldria fer, però, així i tot, es manté molt actiu. Viu amb l'esposa a un poblet de la Serra de Tramuntana. Té un hortet amb un parell de tomàtiqüeres, alls, bledes, qualche col i s'hi entreté sembrant, fent herba i regant.

El primer record que té el conta d'aquesta manera:

«Quan tenia cinc o sis anys, vivia a la teulera amb mon pare i ma mare; no teníem electricitat i els vespres enceníem un llum d'oli o un *petromax* (un llum que funcionava amb benzina). Record també que, de nit a l'estiu, sentia sonar els flabiols del pastor de la possessió».

Quan morí son pare, només tenia vuit anys; havia acabat la Guerra Civil Espanyola i passaren a viure a Palma, a cals padrins, on també habitaven dos oncles fadrins. Un d'aquests dos va ser com son pare tota la vida. Aquest conco —com li deien— era una persona molt recta i amb unes idees que els inculcà a ell i als seus germans des de petits.

Eren idees com ara:

«El que no vulguis per a tu, no ho vulguis per a ningú»  
 «No creguis tot el que et diguin; primer mira si pot ser veritat»  
 «Abans de jutjar cap actuació, pensa el que tu faries en el seu lloc»  
 «Quan vulguis trepitjar qualcú, primer pensa com et sentiries si fossis tu el trepitjat»

I així moltes més coses que creu que l'ajudaren a tenir criteri propi i a fer-li un caràcter molt disciplinat i solidari amb totes les injustícies socials.

De la Guerra Civil Espanyola recorda que, estant a la teulera, miraven passar els avions que anaven a bombardejar Barcelona. Així mateix, recorda haver vist plorar un home perquè el seu fill s'havia mort a la carretera. Pensa una estona i diu:

«Quan era a Ciutat, a casa dels padrins, i tocaven les alarmes pels bombardejos, anàvem tots corrent cap a un soterrani que hi havia davall la casa en què vivíem. Record que totes les dones resaven, mentre que els homes xerraven i fumaven».

Té un caràcter molt fort; és inconformista, rebel, revolucionari... Crec que amb els anys s'ha anat calmant, però encara conserva la vivor i la contesta ràpida. Pot ser que sigui conseqüència de la disciplina que li inculcaren quan era nin.

Abans del servei militar va fer un parell de feines: va fer d'ajudant d'un representant de medicines; ensenyà a fer comptes i a escriure a dues senyores que tenien un trast a la plaça (mercat), i el que sortia. El 1953 va començar a treballar a l'Administració pública. Al cap d'uns anys, va fer oposicions per ser funcionari i ja hi va quedar fins que es jubilà. Al treball, sempre estigué de part dels qui lluitaven pels seus drets i mai no acceptà cap gratificació per fer d'escolà d'amèn, com sol dir.

Quant a les idees polítiques, és un home d'esquerres. De jove, en temps de la dictadura franquista, li agradava escoltar Ràdio París i Ràdio Pirenaica i, si podia, gràcies a un veí francès, llegia totes les revistes i llibres que aconseguia; sempre volia estar assabentat de les diferents opinions respecte de la política del nostre país. Un altre tret del seu pensament és que sempre ha estat molt identificat amb els Països Catalans, fet que l'ha portat a tenir moltes discussions i molts empipaments.

Quan es jubilà, assistí a un curs de genealogia i paleontologia i, amb els anys, ha esdevingut una rata d'arxiu; sempre que pot, cerca i recerca papers pels arxius: primer, investigant els seus avantpassats i, després, cercant-hi antigues històries i, des de fa uns anys, també emprant les noves tecnologies, com el Google, etc. Dues revistes de dos pobles veïns li publiquen els treballs.

En aquest treball no ha volgut parlar de la seva vida sentimental i amorosa, ja que diu que això forma part de la intimitat i de l'àmbit privat, ni tampoc de religió.

— M. Carme Rullan Perelló ens presenta la història de vida d'un capità de vaixell, una persona gran i corpulenta.

Quan em vaig posar en contacte amb ell per demanar-li si estaria disposat que l'entrevistàs per a un treball del curs que faig de la UOM, s'hi va mostrar del tot satisfet i disposat a complaure la meva petició; em va dir que podria fer-li totes les preguntes que volgués sobre la seva vida i vivències. Quedàrem per veure'ns uns dies determinats i gaudir d'unes estones molt agradables al voltant d'unes bones estovalles, una bona torrada i un millor vi.

El meu entrevistat va néixer a Palma el 1938 i hi ha viscut sempre. Està casat i té dos fills i un nét des de fa set mesos. És una persona gran i corpulenta. Si està dret, es mou constantment i parla amb molta expressivitat, movent els braços i donant la sensació que el que conta és més del que realment fou. Té molta gràcia explicant els fets i ho fa amb molta sorna.

Li deman que m'expliqui el que recorda de la seva vida quotidiana de quan era petit i d'una tirada m'explica això:

«Quan era petit, vaig anar al jardí d'infància de les monges Trinitàries; després, a Montision, amb els jesuïtes, i, els darrers temps, a La Salle, amb els frares dels bavaralls».

Va cursar el batxillerat superior i també va estudiar Comerç. Va fer el servei militar a Sanitat, aquí, a Palma, durant vint mesos, a l'hospital militar. Una vegada va haver acabat el servei militar, ajudava, de tant en tant, son pare i sa mare al negoci familiar, que era una sabateria de molt renom al centre de Ciutat.

Quan feia poc temps que havia acabat els estudis, va conèixer la qui després va ser la seva dona. Varen festejar uns quants anys, no recorda exactament quants, va demanar permís d'entrada als pares de l'al·lota i al cap d'uns quants anys es varen casar. Ell tenia vint-i-sis anys i ella, vint-i-quatre.

Les relacions amb son pare i sa mare eren normals, com tots els al·lots d'aquell temps. I, encara que nasqués en plena Guerra Civil Espanyola i haver viscut la postguerra, no en recorda res rellevant, ni tan sols problemes econòmics. Recorda que a l'estiu anaven a una casa que tenien al Molinar.

Sa mare va ser una dona extraordinària. Era una dona molt religiosa i sempre exhibia bones maneres. Ell va tenir molt de respecte per son pare i sa mare, i mai no va discutir-hi.

Ell comenta que:

«Està molt content d'haver anat a escola de religiosos i d'haver rebut una educació cristiana. Va ser una època molt feliç i mai no vaig tenir cap problema amb els companys».

No va ser un gran estudiant i sempre li quedaven assignatures pendents per a l'estiu. Els frares li varen pegar qualche clatellada, encara que realment se'n mereixia set o vuit. Recorda que, de petit, un dia va ser el primer de la classe. Ens explica què va passar:

«Record una vegada que d'una assignatura vaig ser el primer de la classe per una pregunta que feren. Havien d'analitzar una paraula i jo vaig ser l'únic que ho vaig saber. Me l'havia ensenyada el professor de repàs. No record la paraula, però sí que era una paraula que sortia a dues frases».

El que realment li agradava, però, era la mar; ell diu que possiblement «em ve d'abans de néixer». De molt petit, anava sovint a pescar amb barca, un llaüt mallorquí molt mariner, amb son pare i també amb el seu oncle. Anaven a les oblades. Als dotze anys era un bon

regatista i guanyava medalles. Amb un amic va fer la volta a Mallorca, tenien vint-i-un i vint-i-tres anys, respectivament. Amb la seva dona i els seus fills han voltat molt amb el vaixell, per Mallorca, Menorca i Eivissa. Han anat a Cabrera, a les Canàries i ell ha portat vaixells des de Barcelona. Amb altres companys ha travessat nou vegades l'Atlàntic i va fer la volta al món, amb un fill d'un tripulant, quan ja tenia seixanta anys.

Ell diu «els records de la meua infància són tots bons». Va acabar la intervenció amb aquesta frase:

«Una volta al món és anar solucionat els problemes que van sorgint. La vida és això mateix: mirar de solucionar el dia a dia, segons va desenvolupant-se».

— Isabel Vilanova Bover ens presenta la Història de Vida d'una dona que estima molt la seva terra.

Vaig pensar en unes quantes opcions, a quines persones podia fer l'entrevista, i, després de pensar-ho, vaig optar per una persona inquieta que ens contés la realitat que li ha tocat viure. És una amiga de setanta-vuit anys. Vaig pactar l'entrevista per telèfon i vàrem quedar un dia i a una hora. Era un horabaixa fresquet i tranquil; vàrem optar per sortir a fer una volta a peu una estona i aturar-nos a prendre un refresc a una cafeteria a la plaça d'Espanya. La gravació no va recollir gaire renou, ja que era una cafeteria tranquil·la. La seva memòria excepcional, lligada a l'experiència, ens mostra com és de lúcida i sociable quan interpreta la seva realitat des de les emocions, des dels sentiments d'estima, de coratge i decisió.

La meua entrevistada neix l'any 1932. Començava el progrés a Mallorca; pocs anys abans, el 1929, era inaugurat l'Hotel Formentor. L'any 1932 la República aprovava la Llei del divorci i el Govern firmava el decret de dissolució dels Jesuïtes. Va ser la primera filla, la primera néta del fill gran d'una bona família de Ciutat, formada pels avis, dos oncles i la tieta de divuit anys. Ella diu que sempre va saber llegir i escriure; se suposa que aquests oncles jovenets li feien aprendre les lletres jugant, perquè sa mare deia que a l'any i mig ja coneixia les lletres. Va tenir una arribada al món plena d'afecte, amb uns pares que l'estimaven i un ambient familiar alegre. La protagonista té dues germanes: una que té dos anys menys que ella i una segona que en té vuit menys. Precisament, el primer record que té de la seva infància és de quan va néixer la seva primera germana:

«Em faltava un mes per fer els dos anys. Vaig veure una faixa amb què les comares faixaven els al·lots petits i, quan els la desfeien, en sortien dos o tres bombons de xocolata, embolicats amb paper de plata, un de color vermell i l'altre de color blau. [...] D'això me'n record, i no tenia dos anys; deu ser la primera cosa».



La seva infància va ser tranquil·la fins que, l'any 1936, quan començà la Guerra Civil Espanyola i el general Franco va ser anomenat cap de l'exèrcit revoltat, la família se'n va anar a viure a un altre municipi, ja que a Palma hi amollaven bombes. Encara recorda com si fos ara el tremolor i la claror de les bombes que impactaven de por el cor de les persones. Això va fer que haguessin de fugir de Palma i se'n anaren a viure a un altre lloc, a una casa de lloguer amb els avis paterns, sa mare i la tieta. Allà no llançaven bombes.

Els anys de la guerra son pare va ser un de tants homes que la guerra civil gairebé es va endur, però va poder continuar viu després d'haver estat tancat a la presó durant dos anys. Aquest fets no solament passaren a la seva família, sinó també a milers de persones. Era un temps d'angoixa. Amb quatre anys, anava a l'escola de ca les monges; encara recorda la canya llarga que emprava la monja damunt el cap quan xerraven. Passava el temps jugant amb la seva germana. Ella anà al col·legi fins que acabà el batxillerat, a l'edat de disset anys, i ja no li importà la revàlida; no li agradava esforçar-se, això ho ha tingut present tota la vida. No va aconseguir el títol, perquè el que va aprendre ho va fer per a ella, per a ningú més. Hem de dir, també, que era un temps en què els pares no insistien perquè les filles estudiassin, ja que trobaven que les dones, si sabien llegir i escriure, ja n'hi havia prou; el que solien aprendre era *corte y confección* i el *servicio social*.

Les coses funcionaven, bé o malament, però la vida continuava. Va trobar un jove ben plantat que li va demanar per sortir; era un jove actor de teatre que interessava i agradava a moltes al·lotes, i amb ell es va casar, amb el consentiment i empenta de sa mare, malgrat que a ella li costàs deixar la casa de son pare i sa mare. De viatge de noces anaren a l'estranger, a París; era d'una importància vital. En aquell temps, les dones havien de superar l'obstacle del servei social, ja que no podien sortir de Mallorca si no l'havien complit, ni es podien treure el permís de conduir, i, si al final de la carrera no el tenies, no et firmaven el títol. La meua entrevistada va prometre que no faria el servei social i no el va fer; complí, per tant, la promesa:

«Les meves germanes, que varen acabar la carrera, varen haver de fer el servei social, si no, no els firmaven el títol de la carrera. Era un servei, estava bé, no vull dir que no estàs bé, però, com que era cosa d'en Franco i dels feixistes, jo vaig prometre que no el faria, i ho vaig poder complir. Em va anar bé, encara».

Ara bé, no es discutia, perquè una dona havia de callar i complir.

A París, descobreix els avenços tècnics que aquí, a la nostra illa, no existien: el metro, semàfors, etc. La manca de coneixements provocava alguns incidents que podia provocar maldecaps seriosos.

Varen tenir dos fills: el primer, el va perdre i el segon va néixer ben sa i ben fort. A ella li hauria agradat tenir-ne més, però en aquells temps els matrimonis tenien

els fills que venien. Aquest fill, de gran, li ha donat dues nétes que estan molt per ella.

La religió era el centre de tot, a Mallorca, però el canvi de mentalitat començava a donar els primers fruits. Recorda que de joveneta, xerrant amb la seva padrina, deia que, si una dona fumava, era pecat. Ella defensava la igualtat entre els homes i les dones: si una cosa estava mal feta, hi estava tant per a un home com per a una dona. A Mallorca, arribaven canvis. Començava el desenvolupament del turisme de masses; obria el *Diario de Mallorca*. L'aeroport de Son Bonet entrava en servei permanent i s'acabaven les restriccions elèctriques. L'any 1967 el Govern decretà els estudis universitaris a l'Estudi General Lul-lià, on ella va estudiar història de Mallorca i cursos de català quan el seu fill ja tenia sis anys. Més endavant, va aprendre a restaurar mobles i va posar una botiga de mobles antics amb uns amics i encara ara restaura. És una persona a qui li poden contar el que sigui i ho entén; li parlen d'arquitectura i li agrada molt; li parlen de música i li entusiasma, i li parlen d'art i també. Tot ho ha viscut una mica, i gaudeix del qui li ve. La seva personalitat demostra fermesa, estima la seva llengua i la seva terra, tal com li va transmetre son pare, un dels fundadors de l'Obra Cultural Balear. Ella s'ha adaptat a tots els canvis i troba que el més important és que la gent es respecti i s'estimi, sabent el que li convé seguint unes normes. La vida s'ha de viure bé i cadascú ha d'aconseguir el que pugui. Tot el que passa a la humanitat li sap molt de greu, però, com que ella no ho pot resoldre, no pot consentir les guerres ni les injustícies. Diu que el món ha canviat, que abans hi havia problemes més petits i que ara són més greus, però que, de problemes, sempre n'hi haurà.

## 5. Conclusions

El taller *Investigació Etnogràfica: les Històries de Vida* ja l'hem dut a terme amb tres grups d'alumnes. A cada promoció trobam històries meravelloses, històries fantàstiques amb alguns moments tristos, però també amb molts episodis ben alegres i de diversió.

Una de les qüestions que cal tenir present és la influència de la intensitat emocional de la vivència sobre la memòria, és a dir, la selecció d'episodis i de fets del passat que han estat viscuts amb una intensitat emocional especial. Aquesta sembla ser l'explicació que predomina en la perspectiva del participant (PP) per sobre de la de l'observador (PO) en les narracions autobiogràfiques de les persones entrevistades.

Els successos que no varen tenir gaire càrrega emocional en el subjecte són recordats des de la perspectiva de l'observador.

A les narracions, també hem trobat un cert posicionament pedagògic; és un posicionament per part dels entrevistats que ens intenta mostrar el passat com una oportunitat per

aprendre coses en el present. Ens diuen què va passar o què recorden del que va passar per treure'n conclusions per al present.

Podem constatar que, a les narracions, el que expliquen és l'experiència de formació que el subjecte considera més rellevant. Hi ha una certa acceptació del passat en un sentit positiu, encara que sorgeixin episodis i èpoques d'una certa duresa. És allò que podríem denominar la síndrome Bertrand Russell,<sup>2</sup> ja que la gran majoria dels entrevistats consideren que, una vegada han superat els fets narrats, tot els ha aportat alguna cosa positiva. És evident que si els fets inclouen situacions clarament negatives (presó, maltractaments, morts injustes, etc.), això ja no passa.

Les valoracions que han fet les alumnes que s'han atrevit a endinsar-se en aquesta experiència —en aquest grup i en els precedents— han estat molt satisfactòries i molt positives. Us farem participants, a tots els lectors, de la manera com han valorat l'experiència d'haver participat en la redacció d'una història de vida des del començament; la manera com han viscut elles, les autores de les Històries de Vida, aquesta vivència etnogràfica i si a partir d'ara aquesta aventura ha tingut, o tindrà, repercussió en les seves vides quotidianes.

Una vegada acabat el taller i presentats els treballs, trobam opinions com les següents:

«Aquesta història de vida m'ha donat l'oportunitat d'aprofundir en el caràcter d'una persona, en la seva manera de ser i de concebre la vida i enfocar-la».

«He de fer una observació: en les dues entrevistes que he fet, he trobat que no era tan xerrador com m'havia pensat que seria. M'ha fet l'efecte que parlar d'ell mateix no és el seu fort. Altres vegades, de manera informal, m'havia contat més coses curioses sobre els seus viatges».

«Ha estat molt agradable entrevistar-lo, per la seva manera d'expressar-se, per tot el que m'ha comentat, la paciència i confiança que ha dipositat en mi».

«Esper que aquesta narració pugui ajudar a allò que ens envolta al llarg de la vida, a construir societat de la mateixa manera que la societat ens construeix com a persones i poder lligar-la al context de l'evolució. Amb aquesta història no pretenc escriure cap llibre, però m'agrada contribuir que la història de les dones d'aquesta època, del segle XX, no resti oculta, sinó que sigui compartida i quedi al descobert».

<sup>2</sup> Bertrand Russell diu, a l'autobiografia: «Aquesta ha estat la meua vida. L'he trobada digna de viure-la i amb gust la tornaria a viure si en tingués oportunitat» (2010, 12).

«Al principi no sabia què era l'etnografia, però, amb les explicacions interessants dels professors, vaig agafar el coratge d'engrescar-me en l'entrevista fins que m'ha entusiasmat; me'n sent molt contenta i estic molt agraïda».

Quedam amb aquestes paraules, sens dubte, dites des del cor. Consideram que aquests treballs presentats i tota la feina que representa dur a terme una tasca com aquesta, tant per als professors com per als alumnes, que implica un grau de responsabilitat i respecte elevats, i un esforç durant tot el procés, això sí que ho podem anomenar envelliment actiu.

## Referències bibliogràfiques

Arjona, A.; Checa, J. C. (1998). «Las historias de vida como método de acercamiento a la realidad social». *Gaceta de Antropología*, núm. 14, article 10.  
Diponible a: <<http://hdl.handle.net/10481/7548>>.

Ballester, L. (1997). *Memòries d'un segle*. Històries de vida. Palma: Di7 edicions.

Ballester, L. (2004). *Bases metodològiques de la investigació educativa*. Col·lecció Materials Didàctics, núm. 86. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: Ediciones CEAC, SA.

Bordieu, P. (1989). «La ilusión biogràfica». *Historia y Fuente Oral*, núm. 2.

Moreno, A. (2005). *Historias de vida e Investigación*. Disponible a: <<http://prof.usb.ve/miguelm/historiasdevida.html>>.

Pujadas, J. J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Pujadas, J. J. [et al.] (2005). *Etnografía*. Barcelona: Editorial UOC.

Russel, B. (2010). *Autobiografía*. Madrid: Edhasa.

Thompson, P. (1989). *The voice in the past: oral history*. Oxford: Oxford University Press.

— (2005). «Historias de vida en el análisis del cambio social». A: VENDRELL, J. (comp.). (2005). *Teoría Social e Historia. La perspectiva de la antropología social*. México: Instituto Mora.

Todorov, T. (2008). *Los abusos de la memoria*. Barcelona: Paidós.

Woods, P. (1987). *La escuela por dentro. La etnografía de la investigación educativa*. Barcelona: Paidós.

## Autors

### LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma, 1975. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Tècnic de la Universitat Oberta per a Majors des del curs acadèmic 2007-2008. Col·laborador en el projecte d'investigació *Els processos d'ensenyament i aprenentatge en els programes universitaris per a persones grans*, amb altres vuit universitats nacionals. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'ús de les noves tecnologies i la qualitat de vida en les persones grans, i les relacions intergeneracionals en educació.

### LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la, 1960. Doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i en Filosofia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Professor titular a la UIB de mètodes d'investigació, des de 1997. Director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB de 2007 a 2011. Ha estat responsable de la Unitat de Planificació i Estudis Socials del Consell de Mallorca, coordinador del centre de serveis socials de la comarca de Manacor, educador i treballador social en diversos serveis. Les seves investigacions i publicacions s'han centrat en la metodologia de la investigació social i educativa, així com en l'estudi de les necessitats socials i educatives dels joves, les persones grans i les dones dedicades a la prostitució.



# CREENCES DE LES PERSONES GRANS SOBRE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE

---



## **Creences de les persones grans sobre la violència de gènere**

Lydia Sánchez Prieto

---

## Resum

La violència de gènere es dona en totes les edats, i es converteix en un problema també en col·lectius vulnerables i fràgils com el de les dones grans. No obstant això, no existeixen gairebé dades epidemiològiques que ho recullin, per la qual cosa, es produeix un fenomen d'invisibilització dels casos de violència contra les dones grans, de les seves característiques i de les seves necessitats.

L'objectiu d'aquest estudi és realitzar una aproximació a la situació actual de violència de gènere que experimenten dones grans, i conscienciar sobre aquesta problemàtica a través de les percepcions de les persones grans i la descripció de casos coneguts. Al mateix temps, analitzar les creences i els valors que influeixen en que se suportin les agressions en silenci, sense denunciar-les a l'autoritat. Amb aquest objectiu, es va dur a terme un estudi mitjançant una enquesta als alumnes de la UOM.

Les percepcions dels alumnes de la mostra indicaven que la violència de gènere en dones grans es produeix amb freqüència. Els resultats apunten que entre les principals causes de mantenir les agressions en silenci es troben les creences sexistes i altres vinculades amb l'edat.

## Resumen

La violencia de género se da en todas las edades, y se convierte en un problema también en colectivos vulnerables y frágiles como el de las mujeres mayores. No obstante, apenas existen datos epidemiológicos que lo recojan, por lo que se produce un fenómeno de invisibilización de los casos de violencia en las mujeres mayores, de sus características y de sus necesidades.

El objetivo de este estudio es realizar una aproximación a la situación actual de violencia de género que experimentan las mujeres mayores, y concienciar sobre esta problemática a través de las percepciones de las personas mayores y la descripción de casos conocidos. Al mismo tiempo, analizar las creencias y los valores que influyen en que se soporten las agresiones en silencio, sin denunciarlas ante la autoridad. Con este objetivo, se llevo a término un estudio mediante encuesta a los alumnos de la UOM.

Las percepciones de los alumnos de la muestra indicaban que la violencia de género en las mujeres mayores se produce con frecuencia. Los resultados apuntan que entre las principales causas de mantener las agresiones en silencio se encuentran las creencias sexistas y otras vinculadas con la edad.

---

## Introducció

En ple segle XXI, la violència de gènere segueix sent un dels principals problemes, a més d'una de les més alarmants causes de mort. En les últimes tres dècades s'ha aconseguit una gran mobilització i intervenció social mitjançant noves polítiques dirigides a protegir la dona dels abusos soferts a mans de les seves parelles. Les actuacions han afavorit que s'adquireixi una consciència social sobre la problemàtica, s'incrementi el nombre de denúncies i que, de ser una problemàtica individual, passi a ser col·lectiva.

La violència de gènere es dona en tots els grups d'edat, i es converteix en un problema que ni tan sols respecta les característiques de vulnerabilitat i de fragilitat de les dones grans. No obstant això, si s'examinen les xifres recollides de denúncies per violència, s'observa que les dones més grans de 65 anys amb prou feines presenten denúncies, per la qual cosa el nivell de representació d'aquest col·lectiu com a víctima dels abusos resulta poc perceptible. Sovint, aquesta falta de representació es tradueix com a absència d'agressions, fet que s'allunya de la realitat. Estudis d'altres països com Estats Units, Canadà o Regne Unit revelen que un gran nombre de dones grans pateixen maltractaments (Orte i Sánchez, 2010).

Es produeix un fenomen d'invisibilització d'aquestes víctimes, que pateixen els maltractaments en silenci. Aquest fet provoca una conscienciació pobra de la problemàtica en la població, en general, i en els professionals socio-sanitaris, específicament.

Hi ha nombroses i influents raons perquè aquest col·lectiu no manifesti els maltractaments. Per començar, abans de 1980, diversos factors polítics, socials i culturals s'associaven i afavorien que la violència de gènere no es considerés una conducta punible i denunciabile, per la qual cosa moltes de les generacions que es van educar amb aquest tipus d'ideologies encara les mantenen, normalitzant els maltractaments i obviant que han d'acceptar-los. Factors com la vergonya d'haver d'admetre les agressions, el temor a la solitud, la pena d'abandonar el rol que s'assumeix en la família, les responsabilitats com a cuidadores d'altres persones i una llarga llista de motius més, fan que les dones sofreixin en silenci les agressions. La majoria d'aquestes raons, com es veurà més endavant, provenen de creences sexistes basades en una educació en el control de la qual el sexe masculí pot exercir poder sobre el femení.

Un altre dels problemes principals és la confusió conceptual que es produeix sobre aquest tema. D'una banda, sovint, quan es produeixen maltractaments en dones grans se solen classificar com un subtipus d'abús a persones grans. Aquest fet impossibilita que es facin distincions segons el gènere, a més que l'edat de les víctimes i l'exigència d'atenció s'assenyalen com els principals desencadenants de la violència. Es considera la víctima com a dependent, fràgil i malaltissa i es desenvolupen models d'intervenció medicalitzats. S'assumeix el fet que hi ha una dificultat en tractar amb la víctima, per la qual cosa es resta importància al component de criminalitat. Amb freqüència, es tendeix a considerar que aquesta violència és exercida,

principalment, pel cuidador i provocada per l'estrès que aquest pateix, de manera que es gestionen recursos inadequats, destinats al respir dels cuidadors. Al seu torn, com expliquen Buchbinder i Winterstein (2004), en parlar d'abús a persones grans s'utilitza un llenguatge neutral, que invisibilitza les dones davant les organitzacions i les polítiques que generen els recursos, que obliden les diferències de poder entre homes i dones.

D'altra banda, també aquests maltractaments se solen categoritzar com a violència domèstica, sense tenir en compte que aquesta es refereix a qualsevol membre de la llar que exerceixi poder o control per infligir lesions físiques, sexuals, emocionals o financeres, mentre que la violència de gènere es refereix al fet que el poder és exercit per un espòs, un company o una persona amb la qual la víctima ha mantingut una relació afectiva. De nou, en classificar-ho com a violència domèstica no s'aplica la distinció de gènere, ja que es pot tractar tant d'homes com de dones, i no es respecten les necessitats pròpies de cada sexe.

Serà totalment essencial reconèixer les característiques de la víctima per poder desenvolupar serveis que s'adaptin, de la manera més adequada, a les seves necessitats i demandes.

Com defensava l'article «Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca» (Orte i Sánchez, 2010), amb la finalitat de distanciar les víctimes dels agressors o facilitar-los la denúncia a les autoritats, s'estableix un gran ventall de serveis o recursos destinats a oferir-los una alternativa a la situació d'abús i violència. No obstant això, la majoria dels recursos s'orienten a un patró de dona jove (i fins i tot als fills d'aquestes dones). El problema apareix quan són les dones grans les que recorren als serveis disponibles, i aquests no s'adapten a les seves necessitats. Òbviament, totes les dones comparteixen la necessitat d'habitatge, independència econòmica i seguretat, però, al mateix temps, el col·lectiu de dones grans presenta exigències vinculades amb l'edat o amb la possible pèrdua d'autonomia que els serveis actuals no poden solucionar. Aquest és el cas, per exemple, de moltes cases d'acollida que presenten barreres arquitectòniques que dificulten els desplaçaments o no tenen espais habilitats per a la neteja personal, entre altres. La falta d'adaptació dels serveis és percebuda, en molts casos, com a dificultat afegida per denunciar l'agressió i sortir del domicili. Hi ha, amb freqüència, el temor de substituir la llar per una institució que es desconeix i que aparta les dones, en moltes ocasions, del lloc on sempre han viscut i és l'únic que coneixen. A més, la falta d'identificació amb les dones joves i l'obligació, sovint, de conviure amb elles en espais reduïts, pot afavorir que les dones grans segueixin patint els maltractaments, a canvi de conservar el seu confort, intimitat i tranquil·litat.

### Absència de denúncies en el col·lectiu de dones grans

Com es comentava anteriorment, el col·lectiu de dones més grans de 64 anys no sol denunciar la violència que pateixen, i es poden observar importants discrepàncies entres

les dones grans i la resta de dones. No obstant això, la realitat mostra que cada any moren víctimes de la violència de gènere dones de 65 o més anys.

Des del punt de vista de la violència de gènere i segons es registra a l'informe publicat per l'Observatori contra la Violència Domèstica i de Gènere i el Consell General del Poder Judicial corresponent al primer trimestre de 2011, es van presentar un total de 32.492 denúncies per violència de gènere a Espanya. De les denúncies presentades el 63,67% eren atestats policials amb denúncia de la víctima, el 13,70% eren denúncies imposades per la intervenció directa policial, i solament un 0,62% de les denúncies eren presentades directament per familiars. De les 32.492 denúncies se'n van retirar 3.577, és a dir, un 11,01%. Si es compara el primer trimestre de 2011 amb el quart de 2010, s'observa que hi ha un increment de 950 denúncies, és a dir, una variació del 3%. S'ha de destacar que, a pesar que hi ha un gran percentatge de morts a les Balears, el nombre de denúncies no és tan alt. Concretament, es van presentar 1.032 denúncies, és a dir, que de cada 1.000 dones van denunciar maltractaments 18,73 dones. Les comunitats autònomes que presentaven un nombre més alt de denúncies eren Extremadura, amb un 47,96%, i La Rioja, amb un 40,11%. Es van sol·licitar 8.797 ordres de protecció, de les quals se'n van acordar 5.948 i se'n van arribar a denegar fins a 2.816, és a dir, un 32%, durant el primer trimestre de 2011. A les Illes Balears es van sol·licitar 213 ordres de protecció, de les quals se'n van adoptar 163 i se'n van denegar 50, és a dir, un 23%.

Durant 2009, a les Illes Balears, es van registrar 4.453 denúncies, és a dir, un 3,28 % de les denúncies que es van presentar al territori espanyol. De cada 1.000 dones de les Balears, 9,58 dones van denunciar algun tipus de maltractament de la seva parella.

Quan es para esment al percentatge de denúncies respecte a l'edat, s'observa que les dones més grans de 64 anys tenen una baixa representació. El 2007, les dones més grans de 64 anys van presentar 968 denúncies, xifra que equivalia a l'1,53% del total. Eren les dones que es movien entre 21 i 40 anys les que van presentar un nombre més alt de denúncies (67,73% del total).

Respecte al nombre de morts, es van comptabilitzar 73 dones mortes durant el passat any 2010, la qual cosa suposa un increment del 32,7% en comparació amb les 55 mortes el 2009. De la mateixa manera, el nombre de víctimes el 2008 va ser de 75, i el 2007, de 74, per la qual cosa es manté una elevada xifra de morts els últims anys.

Si s'analitzen les xifres de 2010 en funció de les comunitats autònomes, s'observa que les que presenten taxes més grans de morts per cada 1.000.000 de dones més grans de 15 anys són Astúries, amb una taxa de 9,90, Canàries, amb 7,80, i les Balears, amb 4,31. Quan es parla de valors absoluts, s'observa que són les comunitats d'Andalusia, amb 17 morts, Catalunya, amb 12, i la Comunitat Valenciana, amb 8, les que encapçalen la llista. Concretament, es van registrar dues víctimes durant 2010 per violència de gènere a les Balears.

Segons s'indica a l'informe, l'edat mitjana de les víctimes de violència de gènere és de 41 anys durant 2010 i 44 anys durant 2009. Durant 2010, el 54,8% de les víctimes es movien entre 26 i 45 anys d'edat. No obstant això, i malgrat el reduït nombre de denúncies de dones més grans de 65 anys, es van registrar 4 morts d'aquest col·lectiu (un 5% de les víctimes). Cal destacar que el nombre encara va ser més gran durant 2009, ja que el percentatge de víctimes corresponia a l'11% dels casos, és a dir, 6 dones grans morien a mans de les seves parelles o exparelles.

El nombre de víctimes mortals parla per si sol. De 2003 a 2009 es van registrar 63 morts de dones més grans de 64 anys per violència de gènere, que representen el 13,43% del total durant aquests set anys. D'altra banda, fins a 80 agressors també tenien una edat superior als 64 anys, per tant, un alt percentatge d'assassinats es van associar amb persones grans. El nombre de víctimes mortals en aquests col·lectius oscil·la entre 6 i 12 dones els últims anys; xifres elevades, si es comparen amb el nombre de denúncies registrades. El percentatge d'agressors més grans de 64 anys encara és més alt que el de les víctimes, s'assoleix el 17,05%. En el 73,2% dels casos, l'agressor tenia més edat que la víctima.

**Taula 1** | *Nombre de casos d'agressors i víctimes de la violència de gènere*

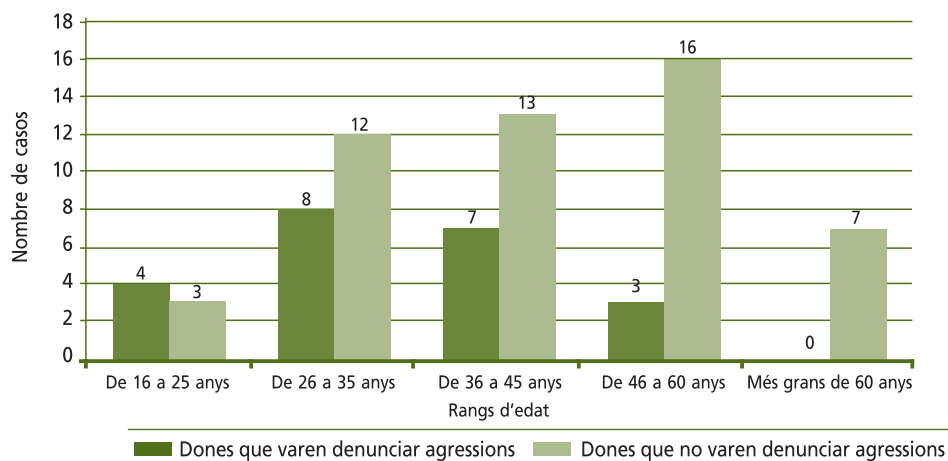
	Any							
	Total	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total víctimes</b>	469	71	72	57	68	71	75	55
Més joves de 18 anys	7	1	4	1	0	0	1	0
De 18 a 20 anys	22	0	5	4	2	2	4	5
De 21 a 30 anys	108	16	13	14	15	19	20	11
De 31 a 40 anys	132	27	17	15	27	15	15	16
De 41 a 50 anys	85	15	9	10	9	15	18	9
De 51 a 64 anys	49	4	10	3	5	9	11	7
Més de 64 anys	63	7	12	10	10	11	6	7
No se'n sap l'edat	3	1	2	0	0	0	0	0
<b>Total agressors</b>	469	71	72	57	68	71	75	55
Més joves de 18 anys	1	0	1	0	0	0	0	0
De 18 a 20 anys	8	0	2	1	3	0	1	1
De 21 a 30 anys	82	7	14	13	9	15	13	11
De 31 a 40 anys	135	24	17	15	24	19	21	15
De 41 a 50 anys	98	16	13	12	14	15	18	10
De 51 a 64 anys	54	12	6	3	6	9	11	7
Més de 64 anys	80	7	16	10	12	13	11	11
No se'n sap l'edat	11	5	3	3	0	0	0	0

Una dada alarmant és que, durant 2010, 46 de les víctimes que van morir, és a dir, fins a un 63%, encara mantenien una convivència amb l'agressor, de manera que fins a un 36% dels agressors eren els homes de les víctimes. A més, s'observa que és a la llar on es produeix el nombre més gran d'assassinats: fins a un 74% dels casos. En el període

que transcorre de 2003 a 2009, 355 de les 471 agressions són ocasionades per la parella i 116 per exparelles. Segons la relació sentimental entre agressor i víctima, la majoria eren cònjuges (41,8% dels casos), excompanyans sentimentals (13,6%), promesos (8,5%), excònjuges (6,0%) i expromesos (5,1%) (II Informe anual de l'Observatori Estatal de Violència sobre la dona, 2010).

Ha de tenir-se en compte que els homicidis no solen correspondre's amb episodis aïllats i puntuals d'agressió de la parella, sinó que solen referir-se a una sèrie de maltractaments continuats, dada que reforçaria la idea que les víctimes pateixen maltractaments de manera continuada durant anys sense denunciar les agressions patides. Aquest fet es fa palès a l'informe sobre víctimes mortals de violència de gènere del Consell General del Poder Judicial, que indica que fins a un 70% de dones (51 víctimes) no havien denunciat mai el presumpte agressor. Durant 2010, van morir 7 dones més grans de 60 anys i cap d'elles no havia denunciat el presumpte agressor.

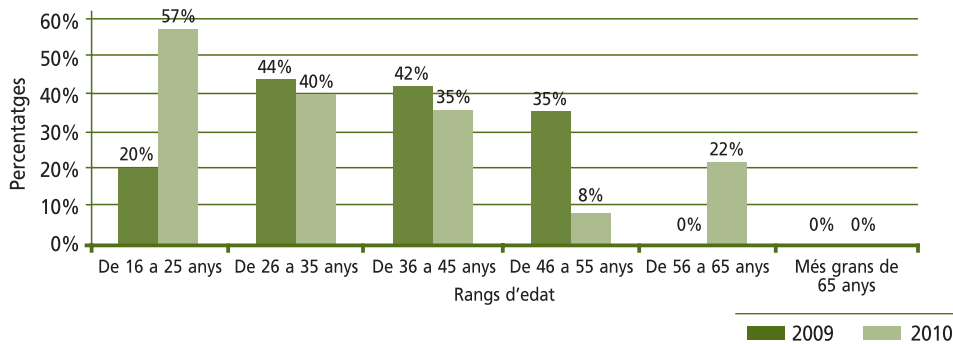
**Gràfic 1** | *Nombre de dones mortes per rang d'edat durant 2010*



Un problema afegit és la renúncia al procés judicial de moltes de les víctimes; durant 2009 a Espanya es van produir 16.762 renúncies a processos judicials, és a dir, un 12,36%. Les Balears és una de les comunitats autònomes amb un percentatge més gran de renúncies per part de les víctimes, el 21,49% (957 renúncies de les 4.453 denúncies que es van registrar). Es va passar un qüestionari a les dones que renunciaven al procés amb la intenció de determinar-ne els motius, i la majoria de les respostes coincidien que les raons eren principalment emocionals. L'esperança que els maltractadors canviessin era el principal motiu, segons indicaven 1 de cada 4 dones enquestades (Informe de violència de gènere a Palma 2009).

L'edat mitjana de les dones mortes que havien presentat una denúncia prèviament era de 39,60 anys. Com s'explicava anteriorment, a mesura que s'incrementa l'edat, el percentatge de denúncies va disminuint de manera considerable, i així es reflecteix al gràfic següent.

**Gràfic 2** | *Percentatge de dones que varen denunciar agressions sobre el total de víctimes per rang d'edat*



Font: Informe del Consell General de Poder Judicial sobre víctimes mortals de la violència de gènere i de la violència domèstica en l'àmbit de la parella o l'exparella el 2010.

Malgrat les limitacions en el procés de visibilització de la violència de gènere, s'ha de reconèixer que s'ha aconseguit que els familiars i els serveis d'atenció socio sanitària actuïn incrementant el nombre de denúncies interposades a Espanya. Segons l'informe «La violència de gènere a Palma» (març de 2011) de l'Observatori Municipal de Palma, durant 2008 tant sols va interposar una denúncia un familiar d'una víctima palmesana, mentre que el 2009, 33 familiars de diferents víctimes van denunciar les agressions (quantitat que representa el 7,32% de les denúncies presentades per familiars a Espanya). El mateix va ocórrer amb els serveis socio sanitàries, que van passar d'una denúncia durant 2008 a 25 durant 2009.

### Les creences sexistes com a factor de risc de la violència de gènere

El maltractament en persones grans es dona especialment en dones, és més, el nombre de dones afectades pel maltractament s'incrementa respecte dels homes a mesura que augmenta l'edat. Entre l'any 2000 i el 2002, 6 de cada 10 persones grans que havia patit maltractaments eren dones (63,77%). Si s'indaga sobre el tipus de relació establerta entre víctima i agressor, resulta que un 33% de les agressions van ser ocasionades pel cònjuge home, de manera que 3 de cada 10 casos categoritzats com a maltractament de grans es converteixen en violència de gènere. Les dones també es converteixen en maltractadores dels homes, però en l'únic vessant on predomina el maltractament és en la negligència.



Els estudis transversals, les pràctiques culturals i la literatura feminista donen suport a aquesta afirmació, segons expressa Linda Phillips (2005).

Característiques com una pitjor condició física o una fragilitat més gran les converteixen en víctimes amb més risc de maltractament, o bé, favoreix que les agressions tinguin conseqüències més severes sobre elles que sobre els homes.

D'altra banda, un factor que repercuteix directament en els casos de violència de gènere són les pràctiques culturals. Rituals de dol a Àfrica i el sud-est asiàtic, crema i persecució de bruixes o «negligència homicida» són alguns dels exemples que Phillips exposa per explicar com la dona ha estat víctima de nombrosos maltractaments durant segles. És conegut que, encara avui dia, un gran nombre de cultures cometen atrocitats contra el sexe femení, simplement, per ideologies irracionals.

Finalment, i el que és objecte d'estudi en aquest article, les creences sexistes i les jerarquies patriarcals són la causa d'un gran nombre d'agressions al sexe femení. Tal com defensen les teories feministes, la violència en la parella és un fenomen multicausal, però que inclou la intervenció d'un conjunt de factors individuals, socials i del context concret de la parella, no obstant això, a la base d'aquesta piràmide causal es trobaria una concepció sexista dels agressors (Ferrer, Bosch, Ramis i Navarro, 2006). El sexisme es podria entendre com una resposta avaluativa, cognitiva, afectiva i conductual davant una persona en raó de la seva pertinença a un sexe. Pert tant, la violència de gènere es podria traduir, en gran mesura, com la resposta per obtenir el poder exercint control sobre el sexe contrari. Les creences sexistes es basen en el fet que hi ha diferències entre homes i dones que adjudiquen drets i obligacions basats en el gènere de la persona.

Entendre i determinar les creences sexistes es converteix en una tasca essencial per poder prevenir la violència de gènere, atès que, a pesar que la violència sigui fruit d'una combinació de diversos factors, com es deia anteriorment, l'origen de les agressions es troba estretament lligat amb les creences sexistes que presenten tant els maltractadors com les víctimes.

Les famílies estructurades mitjançant *models patriarcals*, on els homes assumeixen un rol de superioritat i autoritat, tendeixen a utilitzar la violència per establir límits i afavorir que es compleixin les ordres sense jutjar, ni queixes. És freqüent que la violència aparegui també davant els intents de la víctima per establir igualtat entre gèneres. L'agressor tendiria a restar importància a les agressions culpabilitzant la parella i convertint l'episodi en un acte que no té per què ser castigat. Un problema afegit és que fins i tot les víctimes, en nombroses ocasions, comparteixen la visió de culpabilitat i assumeixen el càstig com a merescut, actitud que dificulta en gran mesura que aquest tipus d'actes puguin ser detectats i molt menys denunciats.

Altres factors socioculturals de risc serien les *actituds tolerants* que es presenten sovint davant la violència. En aquest cas, hi ha dos predictors que afavoririen la tolerància; el gènere i les actituds sobre els rols de gènere. En el primer cas, sembla que els homes tendeixen a ser més benvolents davant les agressions produïdes per altres homes i presentarien més actituds sexistes que les dones, en canvi les dones afavoririen en major mesurada la igualtat entre gèneres i castigarien amb més duresa la violència de gènere (Ferrer, Bosch, Ramis i Navarro, 2006).

El segon predictor es basaria en *les actituds sobre els rols de gènere*. Aquest punt es refereix al paper que assumeix la víctima en la societat, de manera general, i en la família, de manera específica. Per entendre aquest tipus d'actituds s'ha de recordar que fins fa relativament poc es presentaven nombroses traves a l'entrada de la dona al mercat laboral, i l'obligaven a dependre econòmicament del patriarca de la família. Havia d'assumir les tasques domèstiques i la cria dels fills i no es plantejava que pogués tenir unes altres aspiracions de caràcter formatiu o laboral. Amb el transcurs dels anys, en les societats més avançades, el rol de mestressa de casa ha evolucionat i ha provocat grans canvis en els nuclis familiars.

No obstant això, encara es conserven ideologies rígides que mantenen les dones aferrades a múltiples obligacions domèstiques i, el que és pitjor, a la subordinació davant l'home. En societats patriarcals es normalitza el domini de l'home, afavorint una visió de la dona com a ésser secundari i imperfecte. La legitimització de l'home pel poder i el control de la dona i els fills és freqüent al nostre país, i encara és més comú en famílies que no han experimentat el canvi sociocultural de la dona, i s'arrelen a estructures familiars patriarcals. El maltractament es produeix amb freqüència quan l'estatus de la dona canvia en la família o hi ha una intenció de canvi.

La restricció en *l'accés a recursos*, tant econòmics com socials, restringeix i limita els membres de la família i atorga un poder més gran a l'administrador dels recursos. Torna a afavorir-se que aparegui la subordinació per poder sobreviure.

## Creences i actituds vinculades amb l'edat

Com es comentava en l'apartat anterior, la violència de gènere és un fenomen multicausal, però basat, en la majoria dels casos, en les creences sexistes. La interacció d'aquestes creences sexistes i de factors individuals, socials i de la parella fomenten el desenvolupament de creences secundàries que justifiquen i normalitzen la violència, a més, d'actituds tolerants d'agressions. Aquesta tolerància dels actes violents actuarà com a obstacles en la recerca d'ajuda. Amb l'objectiu de realitzar una aproximació a aquestes creences de les víctimes es recorre a diversos estudis on s'analitzen i s'enquesta a una mostra de majors de Mallorca.

Per començar, s'ha d'incidir en que totes les dones maltractades comparteixen una sèrie de factors que influeixen directament sobre les seves actituds tolerants: un dels factors principals és la culpabilitat, i l'altre és el temor a les represàlies que pugui prendre l'agressor si el denuncia. A més, apareixen altres factors que actuen com a obstacles en la recerca d'ajuda, alguns són comuns tant en dones grans com en joves, com per exemple, el temor a perdre el suport financer i social (Vinton, 2008). Malgrat això, altres factors, que es vincularien a l'edat i/o amb el temps que la víctima conviu amb l'agressor, seran els determinants del baix índex de denúncies que es recullen de les dones majors. A continuació s'exposen els principals factors que promouen la invisibilització de la violència de gènere segons les experiències de nombroses dones grans:

Grunfeld, Larsson, Mackay i Hotch (1996) presenten les experiències de quatre dones maltractades, les edats de les quals es mouen entre els 63 i els 73 anys. Van realitzar una anàlisi qualitativa d'onze temes emergents: la llicència de matrimoni com una llicència de cops, la violència en la família d'origen, la impotència, les dones tractades com a objectes, la supervivència, els obstacles que es presenten a l'hora d'escapar del maltractament, els records vinculats a l'edat dels nens, el suport de la comunitat, els punts d'inflexió, integrar i processar les experiències d'abús, i donar testimoniatge i ajudar altres dones. Molts d'aquests elements, segons explicaren les víctimes, varen ser decisius perquè aguantessin la violència durant molts d'anys. És el cas del dret que esmentaven les entrevistades que els marits assumien una vegada que es casaven amb elles i la percepció d'objecte privat que els agressors declaraven cap a les seves dones. Tots dos factors es vincularien amb creences sexistes de poder i control. D'altra banda, es destaquen diversos aspectes que actuaven com els principals obstacles en la recerca d'ajuda. La impotència o la indefensió assumida durant molts anys i les conseqüències negatives d'obtenir el divorci (pèrdua de comoditats econòmiques i possibles repercussions sobre els fills) es convertien en els dos problemes més rellevants.

En l'estudi de Dunlop, Beaulaurier, Seff, Newman, Malik i Fuster (2005) es van dur a terme 21 grups focals amb una mostra de 134 dones de diferents grups ètnics (hispanes, negres no hispanes i blanques no hispanes), tres grups d'edat (de 45 a 59 anys, de 60 a 74 anys i més de 75 anys), dos grups d'ingressos (per damunt o per sota de 14,856 dòlars) i la presència o absència abans de fenomen de la victimització. L'objectiu d'aquest estudi era conèixer l'opinió de les dones grans sobre què és la violència domèstica, les causes, les dificultats per denunciar-la, com es perceben les intervencions, etc.

Abans de res, els autors expliquen que hi ha una associació entre sofrir maltractaments i percebre un gran nombre de barreres a l'hora de cercar ajuda. Sembla que un dels obstacles més grans per demanar ajuda és que el col·lectiu de dones grans ha sofert violència durant tants anys que s'ha adaptat a les agressions, i fins i tot ha creat una codependència amb el maltractador. Quan es decideix cercar ajuda és més per disminuir les conductes violentes que per separar-se de l'agressor, així que el model ideal d'intervenció aniria encaminat a

canviar el patró de conducta en la parella. De fet, es destaca que en molts casos, a pesar que la parella se separi, l'agressor continua exercint violència.

Els resultats de l'estudi van identificar set factors que s'associen amb les causes de la violència de gènere i les barreres que es presenten per buscar ajuda, a més, es van trobar quatre factors més associats solament amb les dificultats en la recerca d'ajuda. A continuació, es descriuen aquests factors:

Un dels actes principals considerat com una barrera per a la recerca d'ajuda era l'*aïllament*, és a dir, la pèrdua d'amistats, familiars o, fins i tot, del treball i els companys. Aquesta falta de suport social i, fins i tot, d'accés a serveis socials o sanitaris, dificultava que les dones poguessin reclamar ajuda. És curiós que, en moltes de les ocasions, les enquestades exposaven que si denunciaven el marit es quedarien soles, basant la seva companyia únicament en la parella, fet que contraria la realitat, ja que els maltractadors exerceixen control sobre elles i les aïllen d'altres relacions o de persones específiques. La variable de l'edat es vincula amb aquest factor i agreuja la situació, atès que l'aïllament a llarg termini redueix tot tipus de suport social extern i crea una dependència més gran del maltractador (percebut com l'únic contacte possible).

La *gelosia* actuava com una causa perquè nombroses dones suportessin les agressions. Al seu torn, la gelosia induïa a la violència i també influïa en el fet que s'exercís un aïllament més gran de la víctima per evitar que apareguessin aquestes agressions.

La *intimidació* exercida aconseguia controlar les dones, que acabaven complint ordres o desitjos de l'agressor per por de les possibles conseqüències. Aquest factor influïa com una barrera en la recerca d'ajuda, ja que moltes de les enquestades manifestaven que temien tant l'agressor que no s'atrevien a recórrer a altres persones.

L'aïllament, la gelosia, la intimidació es podrien entendre des de l'enfocament feminista com les conductes utilitzades pels maltractadors per controlar les seves dones.

Una de les principals actituds per les quals aquestes dones no denunciaven el maltractament era la *responsabilitat assumida de protecció a la família*. El temor de que el maltractador agredís altres membres de la família impedia, en moltes ocasions, la recerca d'ajuda. Al seu torn, aquesta responsabilitat en molts casos es lligava a l'obligació de mantenir unida la família, de manera que si es denunciava el pare, els fills sofririen les conseqüències directes de la separació. En aquest conjunt de creences també es poden agrupar els temors d'algunes víctimes que els fills poguessin convertir-se en víctimes de maltractament en relacions posteriors o, fins i tot, en futurs maltractadors.

El *sentiment de culpa* es converteix, amb freqüència, en una de les barreres més poderoses per a aquestes dones. Els agressors tendeixen a culpar-les de la violència que han exercit

sobre elles, justificant així el dany causat. En les enquestades el sentiment era tan intens que impedia en molts casos que cercassin ajuda, i en uns altres, que quan en demanaven se sentien realment malament. Com ocorre amb l'aïllament, amb els anys aquest sentiment es va intensificant a través de les nombroses experiències sofertes. La culpa actua com una barrera per denunciar l'agressor, i s'associa amb sentiments com la vergonya. Les creences i l'educació fan un paper decisiu respecte a la culpabilització, especialment en dones d'edat avançada que tenen arrelats valors molt tradicionals sobre l'estructura de la família i el respecte al cònjuge.

Les dones d'edat avançada que van ser enquestades van expressar que suportaven la situació perquè pensaven que no hi havia una altra opció. De fet, això explicaria, en gran mesura, per què no es coneixen casos de divorci o separació en ancians. Els autors destaquen que l'edat avançada i l'origen ètnic es convertien en factors decisius per percebre la situació de violència com l'única alternativa, per la qual cosa predominava l'*acceptació de la impotència* en aquests grups de dones. Una altra de les raons és que aquestes dones aprenen a acceptar la impotència que els provoquen aquestes situacions a canvi de no renunciar a les seves llars, al suport econòmic i a la posició social. En l'estudi de Grunfeld, Larsson, Mackay i Hotch (1996) també es recollia, però denominant-la supervivència.

Al mateix temps, les víctimes presentaven amb freqüència *creences religioses tradicionals* que, segons els autors indicaven, es relacionaven en gran mesura amb les dificultats en la recerca d'ajuda. Les enquestades maltractades que havien acudit a capellans o rectors manifestaven que, més que en una ajuda, aquest fet s'havia convertit en un impediment per denunciar les situacions. Les creences religioses estan més difoses entre el col·lectiu de persones grans en el que també abunden la transmissió de valors tradicionals associats amb el respecte i lleialtat al matrimoni i al cònjuge. I per tant, és una altra raó que portaria les dones grans a aguantar els maltractaments.

*La desesperança* va ser assenyalada per moltes de les enquestades com el motiu pel qual no denunciaven les agressions. En aquest sentit apareixien diferents creences que els afectaven directament; d'una banda, la convicció que si denunciaven no els oferir recursos suficients per poder continuar amb una vida digna, d'altra banda, que si era maltractament psicològic no tenien dret a demanar ajuda, i finalment i potser una de les principals raons, que no hi havia recursos especialitzats o útils per a les dones de la seva edat. Així és, les enquestades consideraven que els recursos destinats a víctimes de violència de gènere estaven orientats a perfils joves, i que no podien respondre davant les característiques del seu col·lectiu.

Un altre dels motius pels quals no buscaven ajuda era *la vergonya* que podrien sentir si es descobria que havien patit maltractaments. Mantenien en secret la violència que suportaven com a mesura de protecció, tant per a elles com per a la resta de membres de la família.

Moltes de les dones enquestades afirmaven que un dels obstacles que dificultava que denunciessin la parella era *la preocupació que sentien per ell*. En ocasions, pesava més el sentiment de necessitat d'ajudar el seu agressor que el maltractament que patien. Aquest concepte s'associa amb l'últim obstacle, referit al temor a la resposta de les autoritats. És a dir, en molts casos, hi havia una gran connexió emocional amb l'agressor que feia que temessin que pogués patir conseqüències negatives, com ara agressions de les autoritats, presó, desprestigi del seu entorn, etc. Els autors de l'estudi destaquen que és increïble com les mesures judicials, malgrat estar dissenyades per facilitar la denúncia de la violència, en ocasions actuaven provocant l'efecte contrari. Sorgien dues opinions diferents en els diferents grups; d'una banda, algunes dones destacaven que les autoritats havien de castigar els agressors, i fins i tot que els excessos policials estaven justificats, i d'altra banda, altres pensaven que les intervencions havien de tenir un caràcter terapèutic més que punible. A diferència d'aquests estudis, la percepció de la població europea és que s'han de prioritzar altres intervencions abans que la rehabilitació, considerada com una de les darreres opcions.

L'any 2008, Seff, Beaulaurier i Newman van publicar l'estudi «Barriers to Help-Seeking for Older Women Who Experience Intimate Partner Violence», en el qual assenyalaven entre les conclusions més rellevants, que les dones entrevistades percebién l'abús psicològic o emocional com més poderós que el físic. No obstant això, expressaven que els seus grups d'amics, familiars o coneguts no consideraven que aquesta violència fos tan greu com la física, és més, que no la valoraven com a significativa. Al mateix temps, tampoc no creien que els sistemes de justícia ho identifiquessin com un problema, en tractar-se de violència invisible. Assenyalaven que la invisibilitat de les agressions recolzava com una barrera de recerca d'ajuda. Pensaven que un gran nombre de dones probablement ho patia en silenci perquè no ho identificava com a maltractament —reflexió que també recollia l'estudi de Dunlop, Beaulaurier, Seff, Newman, Malik i Fuster (2005).

Sembla que aquest tipus de violència influeix en la salut física i mental de les víctimes. Exposen que l'excés de poder de l'agressor sobre la víctima destrueix la seva autoestima i la sensació d'autoeficàcia. Les principals estratègies de control i poder de les víctimes es tornaven a emfatitzar: la por, la manipulació i l'aïllament. La gelosia actuava com un factor que afavoria que aparegués l'intent de controlar la víctima; experiències com que els pengessin el telèfon mentre parlaven amb les seves famílies o els seus amics per eradicar aquestes relacions o que les obliguessin a engreixar perquè resultessin menys atractives davant la societat eren alguns dels exemples que expressaven les enquestades.

El maltractament psicològic crea el mateix terror que el físic cap a l'agressor a causa de la manipulació exercida i l'aïllament de les víctimes. Les amenaces d'agressions físiques atemoreixen les víctimes i provoquen que no gosin actuar en contra de l'agressor. Les enquestades creuen que el maltractament psicològic s'associa amb característiques de

vulnerabilitat de la víctima. Finalment, l'aïllament de familiars, amics i companys es percep com una necessitat de l'agressor de tallar el suport social o les vies de fuga de la víctima.

Probablement, la conclusió més rellevant que es pot extreure dels estudis anteriors és que les dones grans es veuen afectades per un nombre major de factors que influeixen directament sobre les seves creences i actituds. Molts s'associen amb l'edat i altres adquireixen força a mesura que transcorren els anys i es viuen experiències. Aquestes creences influeixen de manera directa sobre la decisió de les dones de no denunciar la situació.

El sentiment de protecció del cònjuge es vinculava al fet que normalment ell també era gran i, per tant, també era més vulnerable. Molts dels maltractadors presentaven limitacions pròpies de l'edat i situacions de dependència que feien que necessitessin ajuda. Moltes persones en situació de dependència exerceixen una violència més intensa contra els cuidadors per poder sentir el control perdut en gran mesura davant la pèrdua d'autonomia. És a dir, davant la percepció que han perdut part del poder, exerceixen una major coacció, intimidació o agressió per recuperar-lo. Les dones, per la seva part, senten l'obligació de protegir a la seva parella i a altres membres de la seva família.

D'altra banda, algunes dones grans senten que, com que han patit tants anys el maltractament, ja no té sentit denunciar-lo, que és massa tard, i s'aferren a la desesperança i l'acceptació de la impotència. Adquireixen una postura d'indefensió apresada que els fa mantenir-se passives i submises davant les voluntats dels seus cònjuges. Assumeixen que no hi ha més opcions que la que viuen i que perden l'esperança de trobar recursos per sobreviure fora de la seva relació.

Com hem explicat abans, el sentiment de culpa serveix perquè els agressors justifiquin les seves conductes violentes i les víctimes les assumeixin com a responsabilitats pròpies. Amb el transcurs dels anys, el sentiment de culpa es va intensificant. El secretisme s'associa amb la cultura i les creences del col·lectiu, així en dones grans apareix una tendència a pensar que no poden desvelar el que ocorre a la llar.

Les creences de les dones grans es veuen influïdes per valors socials i culturals que aposten per famílies tradicionals i matrimonis sagrats. La valoració negativa del divorci i la separació que fa la xarxa d'amics i familiars de la mateixa generació de la víctima és també un component decisiu freqüentment per no buscar ajuda externa. El respecte pel matrimoni és un valor molt més arrelat en les generacions de les ancianes que en les de les joves, per la qual cosa és un factor associat també a l'edat.

### **Els temors com a barreres**

Com ocorre amb les creences, els temors influeixen de manera directa en l'estils de vida i la presa de decisions de les persones. L'Enquesta de condicions de vida 2006 (ECVM-06),

realitzada per l'IMSERSO, avalua els temors d'una mostra de la població espanyola. En indagar sobre els temors de les persones grans es detecta que entre els principals n'hi ha tres que poden influir a l'hora de denunciar l'agressor, de separar-se d'ell o d'abandonar la llar.

Resulta molt interessant comprovar que el principal temor d'aquest col·lectiu és perdre les persones properes (parella i persones estimades), amb un 59,7% de respostes i una població de 3.334 persones, és a dir, més de la meitat de la població enquestada. En concret, fins a un 42,6% ho destaca com el primer temor, i un 17,1% com el segon. La mostra estava composta per 1.908 dones grans, i fins a 1.131 dones van triar aquesta opció com una de les principals pors. S'indica que els temors semblen més influïts per les circumstàncies en les quals discorre la vida que per les característiques sociodemogràfiques, de manera que, com és obvi, les persones que tenien persones properes eren les que patien més por de perdre-les, mentre que aquells que vivien sols temien més dependre d'altres persones.

Una dada curiosa és que en l'enquesta de condicions de vida de les persones grans de 2004 es diferenciava entre dos temors; la pèrdua de la parella d'una banda i la pèrdua dels éssers estimats de l'altra. Mentre que un 23,6% de les persones grans assenyalaven, com a primera opció, la pèrdua de la parella, un 9,1% assenyalava la pèrdua d'éssers estimats, és a dir, hi havia una diferència de fins el 14,5% de persones grans. Realment, de tots els temors que es presentaven el de perdre la parella destacava respecte a la resta, tenint en compte que molts d'ancians ja no responien aquesta opció a causa que eren vidus, separats o vivien sols. No es pot establir una relació entre el temor a perdre la parella i el fet de no denunciar la violència de gènere, però probablement és un dels factors que influeix en nombrosos casos.

Cal diferenciar aquesta categoria amb la del temor a la solitud, que és esmentat per un 17,6% de les respostes a l'enquesta de 2006 i un 16,4% a la de 2004. Al mateix temps, a l'enquesta de 2004 el 29,6% de les persones grans van assenyalat que sovint o de vegades se senten soles, i a la de 1993 ho assenyalava un 6,3%. A l'enquesta de 2006 s'observa que un 14,5% dels homes senten solitud, però sembla que és a partir de 85 anys quan el sentiment de solitud es fa més poderós (dels 90 homes de 85 o més anys, el 24,9% indiquen que senten solitud), mentre que de 65 a 74 anys afirmen que senten solitud un 10,2%, i de 75 a 84 anys, un 18,8%, per tant, en els homes s'incrementa el sentiment de solitud a mesura que es fan més grans. En canvi, fins a 603 de les 1.908 dones enquestades, és a dir, un 31,6%, sovint o de vegades s'han sentit soles (un 26,6% de dones entre 65 i 74 anys pateixen solitud, un 36,7% de 75 a 84 anys i un 37,5% de 85 o més anys també en pateixen). Per tant, aquest sentiment també augmenta amb l'edat, però mentre que en els homes es comença a manifestar amb més força als 85 anys, en les dones apareix ja als 75 anys.

Haver d'abandonar ca seva és també un dels principals temors en la població més gran de 64 anys. Un 5,7% d'una mostra de 1.898 persones grans el 2004 i un 15,2% d'una mostra de 3.334 persones grans el 2006 indicaven com una de les seves principals pors haver



d'abandonar la seva llar. Aquest temor és més predominant en dones, especialment a partir dels 85 anys. Però el temor a perdre la seva llar es relaciona sobretot en persones grans amb la necessitat d'ajuda «moderada, greu o completa» (44 de les 181 persones dependents de la mostra ho van indicar com un dels principals temors). De la mateixa manera, a menor nivell de formació apareix un major temor a perdre la llar.

**Taula 2** | *Percentatges dels principals temors de les persones més grans de 64 anys*

		Perdre les persones properes	Estar tot/a sol/a	Dependre d'altres persones	Deixar ca seva	Total
Sexe	Home	60,2	18,2	23,2	14,1	1.427
	Dona	59,3	17	21,6	16,1	1.908
Edat	Entre 65 i 74 anys	61,3	15,6	24,3	13,8	1.765
	Entre 75 i 84 anys	59,7	19	21,1	15,8	1.315
	85 anys o més	48,4	23,2	14,4	21,8	254
Estat civil	Solter/a	45,9	18,4	25	17,2	173
	Casat/ada	64,2	18,3	22,2	13,4	1.997
	Separat/ada o divorciat/ada	44,8	12,3	38,5	13,4	79
	Vidu/Vídua	54,8	16,3	20,8	18,5	1.079
	NC	30,9	42,7	29,8	6,1	6
Tipus de llar	Unipersonal	47,6	14,5	25,4	18,8	741
	Parella	64,5	19,9	21,1	13,2	1.430
	Multigeneracional a ca seva	62,8	15,5	23,1	16	835
	Multigeneracional a ca un fill	58,4	20,2	21,2	10,2	128
	Altres	57,9	18,8	16,4	14,8	183
Estudis	Analfabet/a	53,2	20,5	20,3	22,8	257
	Primaris incomplets	56,4	19,5	21,7	16,4	1.439
	Primaris	63,2	16,4	21,5	13,9	1.219
	Secundaris o més	65,1	12,4	27,8	10,2	414
	NHS/NC	49,3	0	30,1	9,5	6
Necessitat d'ajuda	Sense necessitat	60,1	16,5	23,7	13,3	2.607
	Lleu/lleugera	57,6	20,6	16,7	21,5	543
	Moderada, greu o completa	60	23,5	18,5	24,6	181
Satisfacció amb la situació econòmica	Bastant satisfet/a	62,1	15,7	24,7	13	1.557
	Regular	57,9	20,6	20,6	15,7	1.075
	Poc satisfet/a	57,1	17	19,4	19,9	671
	NHS/NC	58	15	24,5	7,3	32
<b>TOTAL</b>		<b>59,7</b>	<b>17,5</b>	<b>22,3</b>	<b>15,2</b>	<b>3.334</b>

Font: IMSERSO-CIS. Enquesta de condicions de vida de les persones grans (2006).

Sembla que els tres factors presenten un element en comú: temor al desconegut i a quedar sense referències, potser per això també destaca entre els principals temors el de perdre la memòria.

Per tant, sembla que almenys tres dels principals temors de les persones grans (perdre persones properes, solitud i abandó de la llar), es podrien convertir en realitat si es denuncia la violència de gènere i les dones es veuen obligades a haver de suportar un canvi en les seves condicions de vida.

## Experiències i creences de l'alumnat de la UOM

### Objectiu

L'objectiu d'aquest estudi és analitzar les creences i els valors que influeixen en el fet que se suportin les agressions en silenci, sense denunciar-les a l'autoritat. Al mateix temps, també s'intenta conèixer com el col·lectiu de persones grans percep la situació de violència de gènere en la seva generació, per aconseguir una aproximació a la situació real existent.

Fins ara la investigació nacional no ha analitzat les opinions sobre la violència de gènere en les dones grans. S'ha abordat la violència com un abús a les persones grans, sense diferenciar qui era l'agressor i, a més, en la majoria de casos, hi ha una tendència a fer-ho des de la perspectiva dels professionals o les institucions, sense recórrer a les afectades. Les investigacions més abundants centren el problema en les característiques de les víctimes, de les seves famílies i de les relacions establertes entre ells. Aquest fet provoca que el maltractament sigui percebut com un fenomen individual que afecta les famílies, en lloc de convertir-se en una problemàtica social. L'error consisteix que en enfocar les intervencions en les característiques individuals, es tendeix a observar la víctima en funció de la seva situació de dependència, les seves patologies o limitacions pròpies de l'edat i, al mateix temps, posar l'accent en les condicions d'estrès dels cuidadors. Per tant, la valoració de la gravetat de la violència tendeix a ser atenuada. Les polítiques creen intervencions medicalitzades i dirigides al cuidador, en lloc de respondre de manera efectiva i dràstica, com fa amb el maltractament infantil o la violència de gènere. Per aquest últim motiu, resulta essencial que els casos de violència de gènere en la tercera edat sigui classificats correctament i s'exerceixin les polítiques d'intervenció apropiades i ajustades a l'edat de les víctimes.

D'una banda, mitjançant aquest estudi es pregunta als enquestats si coneixen casos de violència de gènere en dones més grans de 64 anys entre els familiars o coneguts, per visualitzar situacions que, encara que se sofreixen en silenci, existeixen. A la nostra societat, el col·lectiu de persones grans encara presenta limitacions, recels i temors per donar a conèixer o denunciar les situacions de violència de gènere, per això l'obtenció d'informació mitjançant aquesta via es veu limitada. Per aquest motiu, s'indaga sobre possibles casos d'agressions preguntant de manera indirecta als enquestats.

D'altra banda, com es defensava abans, algunes creences, especialment les sexistes, apareixen com a factors de risc de la violència. Aspectes socioculturals determinen que

alguns sectors de la població siguin més propensos a basar-se en aquest tipus de creences i a desenvolupar actituds tolerants. Per tant, es tracta de perfilar la percepció que les persones grans tenen sobre les característiques concretes de la violència de gènere en dones més grans de 64 anys i determinar si hi predominen creences que puguin afavorir la violència.

## Mostra

La mostra estava formada per 38 alumnes que estudien a la Universitat Oberta per a Majors (UOM). Concretament, es van enquestar alumnes de dos cursos: segon curs del Diploma Sènior i del Diploma d'Especialització de la UOM. Les edats dels alumnes estan entre 61 i 74 anys, l'edat mitjana és de 66,45 anys. El 55,3% de la mostra està formada per dones, i el 44,7% per homes.

La situació civil resulta important perquè la percepció sobre la violència pot distar entre aquells que viuen en convivència amb la seva parella i coneixen els avantatges i els desavantatges d'aquesta convivència, i aquells que viuen sols i/o els desconeixen. La majoria dels alumnes estaven casats (25 casos), encara que també 9 eren vidus, 2 eren divorciats i 2 solters. Un 84,2% afirmava que tenia fills.

Hi ha diversitat quant al nivell formatiu; 10 dels enquestats havien acabat la primària, 14 la secundària, 7 tenien carrera tècnica o preparatòria i altres 7 llicenciatura o diplomatura. La majoria d'ells es trobaven ja jubilats (27 del total), però també en trobem un nombre que són mestresses de casa (6 alumnes). El fet de dependre econòmicament de la parella també resulta significatiu quan parlem de determinar les creences sobre la violència de gènere. Predomina la religió catòlica entre els enquestats (el 65,8% dels alumnes expressen que són catòlics).

Respecte al nivell econòmic, un 7,9% expressaven que no tindrien per què treballar per viure còmodament, un 68,4% que havien de treballar, però que la seva posició econòmica els permetia viure còmodament i un 15,8% que cobrien les necessitats bàsiques, però que els costava cobrir altres despeses.

## Resultats

Per realitzar l'estudi, es va elaborar un qüestionari que recollia les principals característiques de la violència. El qüestionari es va dividir en dos apartats:

- En la primera part es qüestionaven les principals percepcions i creences vinculades amb la violència de gènere en dones grans.
- La segona part preguntava si coneixien casos de violència de gènere en persones grans.

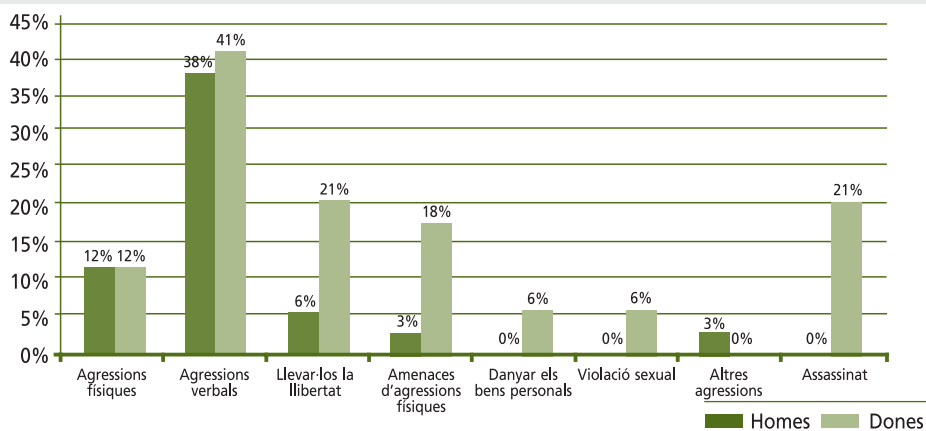
Per començar, totes les persones grans coincidien que la violència està malament en tots els casos, i la majoria opinava que és molt greu. Quan es preguntava si la violència de gènere en les dones més grans de 64 anys és freqüent, les respostes foren les següents: un 11,4% considerava que és molt freqüent, un 45,7% que és freqüent i un 42,9% que és poc freqüent. Així que un 57,1% dels enquestats opina que és habitual.

A diferència del que estudis actuals recullen (Vinton, 2008), les persones grans d'aquesta mostra tenen la percepció que la violència s'incrementa amb el pas dels anys (només 1 persona creu que disminueix amb els anys, 7 que es manté igual i 27 que augmenta).

Una altra de les qüestions per analitzar era quines manifestacions de violència de gènere cap a les dones més grans de 64 anys pensaven que eren les més freqüents. En aquest cas, l'opció més triada, amb diferència, foren les agressions verbals, en què s'aconseguien valors del 79,4% de les respostes. A continuació, amb un 26,5% van seleccionar l'ítem de llevar-los la llibertat (aïllament), amb un 23,5%, les agressions físiques, i amb un 20,6%, les amenaces de danys físics i assassinats. Cal dir que 4 dels enquestats no van contestar aquesta pregunta.

Respecte a la variable sexe, s'observava que les dones assenyalaven en totes les manifestacions de violència un nombre més elevat d'ítems que els homes. Apareixien tres desigualtats importants entre les percepcions dels homes i les dones. Per començar, l'opció d'«assassinats» va ser seleccionada per 7 de les dones, mentre que cap home no considerava que fos comú. Les dones van puntuar amb un 14,7% més que els homes els ítems «llevar-los la llibertat» i «amenaces de danys físics», la qual cosa es tracta d'una important diferència (fins a 5 dones més que homes seleccionaven aquests dos aspectes com a freqüents).

**Gràfic 3** | *Percentatges de les manifestacions més freqüents de violència de gènere*



Una de les informacions més rellevants de l'enquesta és la que respon a quines es consideraven que podrien ser les causes del maltractament. Es van oferir 19 tipus d'ítems i un altre amb resposta lliure. Coincidint amb les teories feministes, en les quals s'exposa que el maltractador considera la parella com un objecte privat i inferior sobre el qual ha d'exercir poder per controlar-lo, un nombre més elevat de persones van respondre que les dues causes per les quals s'agredeix la parella són perquè hi ha una creença de superioritat i infravaloren la parella (fins a un 55,6% dels enquestats així ho assenyalen), i perquè valoren la parella com una cosa privada i com una propietat (61,1% dels enquestats). A continuació, es destaca entre les causes de la violència la gelosia, un 41,7% dels alumnes ho assenyalen. El consum d'alcohol és un altre dels motius que amb més freqüència s'accentuen (36,1%).

La desobediència de la víctima a l'agressor es descarta en tots els casos, i solament en un cas s'indiquen l'incompliment de les responsabilitats domèstiques i les creences religioses com a causes que puguin afavorir la violència.

Quan es compara el nivell d'estudis finalitzats i la creença que un baix nivell formatiu i educatiu és una de les possibles causes que reforcen la violència, s'observa que com més gran és la formació s'incrementa la convicció que la baixa formació pot afavorir el maltractament. Un 42,9% dels alumnes que ho destaquen són llicenciats o diplomats, un 28,6% tenen una carrera tècnica, un 23,1% tenen la secundària i un 22,2% la primària completa.

A la taula següent apareixen els percentatges de resposta en funció del sexe. Resulta rellevant destacar com les dones seleccionen un nombre d'ítems més gran que els homes en tots els casos, excepte en problemes amb els fills i en l'opció a resposta lliure. S'ha de destacar que es produeix una diferència del 32,5% entre sexes en la variable «Creença de superioritat i infravaloració de la parella». El mateix ocorre amb els ítems «consum de substàncies» i «alcohol», on apareixen diferències del 25% i el 31,25% respectivament. Una de les discrepàncies que cobren més rellevància és que les dones representen un 80% del total de les respostes que han destacat l'opció de «negar-se a mantenir relacions sexuals» com a causa de la violència de gènere. Sembla que les variables que comparteixen un major acord són les que indiquen l'ambient de pobresa i desocupació i l'acceptació de la violència com una resolució de conflictes com les principals causes de violència.

No obstant això, no apareixen discrepàncies destacades entre les respostes quan s'avalua davant quin tipus d'agressions s'ha de posar una denúncia. Amb aquesta pregunta es qüestionava quina classe d'acte era considerat com a agressió per a ells, per això els oferien diferents opcions de resposta, i havien de triar entre: agressions físiques greus, agressions físiques però que no eren greus, agressions físiques però no freqüents, amenaces d'agressions físiques, agressions verbals, violació sexual, un altre tipus d'agressions sexuals (obligació a masturbar la parella, tocaments no tolerats, assetjament sexual, etc.) o dany en els seus béns personals.

**Taula 3 | Percentatges de les causes que afavoreixen la violència de gènere**

Percentatges		Creença de superioritat i infravaloració de la parella	Poder i control de la parella	Valorar la parella com a privada i una propietat	Crèixer en un ambient de violència	Acceptar la violència com a mitjà per resoldre conflictes	Dependre econòmicament de l'agressor	Baix nivell cultural i formatiu	Situació de desavantatge de la víctima davant l'agressor	Abús de substàncies	Alcohol
Sexe	% segons el sexe	37,50%	25,00%	56,25%	12,50%	18,75%	37,50%	25,00%	6,25%	0,00%	18,75%
	% segons les causes	30,00%	36,36%	40,91%	33,33%	42,86%	42,86%	40,00%	20,00%	0,00%	23,08%
Dona	% del total	16,67%	11,11%	25,00%	5,56%	8,33%	16,67%	11,11%	2,78%	0,00%	8,33%
	% segons el sexe	70,00%	35,00%	65,00%	20,00%	20,00%	40,00%	30,00%	20,00%	25,00%	50,00%
Total	% segons les causes	70,00%	63,64%	59,09%	66,67%	57,14%	57,14%	60,00%	80,00%	100,00%	76,92%
	% del total	38,89%	19,44%	36,11%	11,11%	11,11%	22,22%	16,67%	11,11%	13,89%	27,78%
<b>Total</b>		<b>55,56%</b>	<b>30,56%</b>	<b>61,11%</b>	<b>16,67%</b>	<b>19,44%</b>	<b>38,89%</b>	<b>27,78%</b>	<b>13,89%</b>	<b>13,89%</b>	<b>36,11%</b>
Percentatges		Ambient de pobresa i desocupació	Creences religioses	Malalties mentals	Gelosia	Infidelitat	Problemes amb els fills	Incompliment de les responsabilitats comunitàries	Negar-se a mantenir relacions sexuals	Altres	Total
Sexe	% segons el sexe	12,50%	0,00%	6,25%	37,50%	12,50%	6,25%	0,00%	6,25%	6,25%	
	% segons les causes	40,00%	0,00%	16,67%	40,00%	33,33%	50,00%	0,00%	20,00%	50,00%	
Dona	% del total	5,56%	0,00%	2,78%	16,67%	5,56%	2,78%	0,00%	2,78%	2,78%	44,44%
	% segons el sexe	15,00%	5,00%	25,00%	45,00%	20,00%	5,00%	5,00%	20,00%	5,00%	
Total	% segons les causes	60,00%	100,00%	83,33%	60,00%	66,67%	50,00%	100,00%	80,00%	50,00%	
	% del total	8,33%	2,78%	13,89%	25,00%	11,11%	2,78%	2,78%	11,11%	2,78%	55,56%
<b>Total</b>		<b>13,89%</b>	<b>2,78%</b>	<b>16,67%</b>	<b>41,67%</b>	<b>16,67%</b>	<b>5,56%</b>	<b>2,78%</b>	<b>13,89%</b>	<b>5,56%</b>	<b>100,00%</b>

Tenint en compte que tres dels participants no van contestar aquesta qüestió, un 65,7% dels casos indicaven com a motiu suficient per denunciar les agressions físiques, encara que no fossin greus, i un 62,9% ho indicava quan eren freqüents. Un 51,4% dels casos considerava que s'havien de denunciar les agressions físiques greus, amenaces d'agressions físiques i la violació sexual. Les agressions verbals, altres agressions sexuals i el dany als béns personals eren considerats per un nombre més petit d'alumnes com a causa suficient per denunciar-ho.

**Taula 4** | *Quan s'han de denunciar les agressions?*

		Respostes		Percentatge de casos
		Nre.	Percentatge	
Quan s'ha de denunciar l'agressió?	En cas d'agressions físiques greus	17	12,1%	48,6%
	En cas d'agressions físiques, encara que no siguin greus	23	16,4%	65,7%
	En cas d'agressions físiques freqüents	22	15,7%	62,9%
	Davant amenaces d'agressions físiques	17	12,1%	48,6%
	Si es produeix violació sexual	18	12,9%	51,4%
	Si es produeixen altres agressions sexuals	16	11,4%	45,7%
	En cas de perjudicar els béns personals	12	8,6%	34,3%
	En cas d'agressions verbals	15	10,7%	42,9%
<b>Total</b>		<b>140</b>	<b>100,0%</b>	<b>400,0%</b>

Tant sols 8 dels alumnes varen considerar totes les opcions de violència com a motiu suficient per denunciar. El més curiós és que fins a 10 dels enquestats tan sols varen assenyalar un tipus d'ítem, i fins a 6, només dos ítems. Els alumnes que solament assenyalaven una, dues o tres respostes triaven les opcions en cas d'agressions físiques (greus i/o freqüents) i en cas de violació sexual, és a dir, hi havia una tendència entre els alumnes que seleccionaven pocs ítems a destacar les manifestacions més extremes o intenses d'agressió com a causa suficient per denunciar.

Respecte a la variable sexe, hi havia una tendència entre els homes a considerar com a actes més punibles les agressions físiques, tant si no són greus (un 53,3% dels homes), com si són freqüents (un 60%). Amb prou feines dos i tres homes respectivament indiquen el dany als béns personals i les agressions verbals com a denunciabls. D'altra banda, les dones presenten puntuacions més elevades; per començar, fins a un 75% d'elles indiquen les agressions físiques, encara que no siguin greus, com una conducta que ha de ser denunciada. Seguidament, un 65% de les dones de la mostra es decanten per les agressions físiques freqüents i les violacions, i un 60%, per les amenaces d'agressions físiques i les agressions verbals. Pel que sembla, hi ha discrepàncies entre la gravetat que s'atorga a les amenaces d'agressions físiques (un 33,3% dels homes i un 60% de les dones ho consideren prou greu), passa igual amb les agressions verbals (un 20% dels homes i un 60% de les dones ho indiquen). Per tant, més dones que homes creuen que la violència no física també s'ha de denunciar.

També resulta rellevant destacar les respostes que es varen donar quan es va preguntar quin consideraven que era la millor manera d'enfrontar-se a la violència de gènere. Els resultats es poden veure al gràfic següent:

**Gràfic 4** | *Percentatges de respostes sobre quina és la millor manera d'enfrontar-se a la violència de gènere*



Tal com s'observa al gràfic, un 45% del total de la població va destacar recórrer a la policia i denunciar-ho com l'opció adequada, i un 35%, demanar ajuda als especialistes.

Recórrer a la policia sols en cas d'emergència i acabar per no denunciar-ho o per retirar la denúncia ho va seleccionar un 2%. Es varen descartar les opcions següents: no fer res i recórrer a l'Església.

Quan es va preguntar als enquestats si consideraven que hi havia suficient suport de les institucions. Un 66,7% dels enquestats va contestar que sí, un 22,2% va dir que no i un 11,1% no varen saber què contestar. Finalment, els van preguntar si consideraven que hi ha recursos suficients per tractar la violència de gènere. Un 36,4% dels enquestats van contestar que no hi ha recursos destinats a les ancianes víctimes de la violència de gènere, i un 30,3% creuen que sí que n'hi ha, però no són suficients.

**Taula 5** | *La percepció dels recursos existents*

Existeixen suficients recursos?	Freqüència	Percentatge
Sí, existeixen suficients recursos	4	12,1
Sí, encara que desconec els recursos que existeixen	4	12,1
Sí, però no per a víctimes majors de 64 anys	1	3,0
Existeixen, però no suficients	10	30,3
No existeixen suficients recursos	12	36,4
Es desconeixen	2	6,1
Total	33	100,0

La segona part del qüestionari, com s'ha explicat, perseguia identificar si els enquestats coneixien casos de violència de gènere en dones grans. Dels 38 alumnes de la mostra, 6 alumnes, és a dir, un 15,78% dels enquestats, varen emplenar la part d'experiències de violència. No obs-



tant això, altres 4 alumnes varen reconèixer que coneixien casos de violència entre familiars i coneguts grans, però manifestaven que no volien descriure-ho per escrit, encara que es tractàs d'una informació anònima, fet que denota certa dosi de recel i secretisme quant al tema.

Entre els resultats més rellevants es pot destacar que les víctimes eren totes dones més grans de 60 anys i de menys de 73 anys. 4 dones estaven casades, una era vídua i una altra separada, i solament 3 tenien fills (en un d'aquests casos no es va contestar l'ítem). Es va trobar diversitat respecte als nivells formatius: des de gens de formació fins a estudis superiors com diplomatures i llicenciatures. En la situació laboral també hi havia heterogeneïtat (mestresses de casa, treballadores en actiu, jubilades i desocupades). Una dada curiosa és que s'assenyalava que totes les víctimes tenien un nivell econòmic baix, o fins i tot molt baix, de manera que els resultava complicat cobrir les despeses.

El perfil dels agressors era similar al de les víctimes. Solament s'indiquen les edats dels agressors en dos dels casos, en els quals tenien 71 i 80 anys. Tots eren homes casats i 3 d'ells tenien fills. La formació acadèmica era bastant baixa; o no es tenia formació o s'havia cursat la primària sense finalitzar-la, segons els enquestats. La majoria dels agressors ja es trobaven jubilats, excepte un, que encara treballava. Gairebé tots els agressors presentaven nivells econòmics baixos o molt baixos, no obstant això, crida l'atenció que en dos casos els agressors tenien ingressos alts o mitjans, mentre que les parelles no podien gairebé cobrir cap despesa.

En quatre dels casos, les dones segueixen convivint amb la parella i tres encara són maltractades i, en els altres dos, les dones viuen soles. El maltractament psicològic descrit en el qüestionari com a agressions verbals, amenaces, aïllament social, etc., es produïa en totes les experiències amb freqüència, fins i tot en un dels casos es destacava que es produïa diàriament. En una de les situacions s'indicava que la víctima no solament havia sofert maltractament psicològic, sinó també en alguna ocasió físic. El mateix ocorria amb un altre dels enquestats, que destacava que la víctima, a més de sofrir amb freqüència maltractament psicològic, també suportava negligència sovint, entesa com a malnutrició, mala higiene, etc.

En cada cas, les característiques i les determinacions preses van ser diferents:

— En el primer cas, la víctima va buscar ajuda d'especialistes (metges, serveis socials, psicòlegs, etc.), però no va arribar a denunciar-ho. L'enquestat pensa que els motius per no denunciar-ho eren les creences culturals i l'educació de la víctima, a més d'evitar que els fills es quedessin sense pare. L'enquestat assenyala que coneix més casos de violència de gènere en persones grans, en les quals predominen les agressions físiques.

— Una víctima sí que decideix denunciar l'agressor als jutjats. Actualment, aquesta dona viu sola, en situació de desocupació i amb prou feines pot cobrir econòmicament les necessitats bàsiques.

— La tercera experiència descriu la situació d'una anciana que va patir agressions psicològiques i negligència amb freqüència, però mai no va denunciar-ho, perquè no identificava aquests actes com a maltractament. Ja no sofreix violència perquè la seva parella va morir. Una anotació important és que l'enquestat ha apuntat que la víctima desconeixia els recursos dirigits a les víctimes de la violència de gènere.

— Un dels alumnes reflectia que era amic d'una dona que patia maltractament psicològic i físic, però que mai no havia denunciat el seu home. En aquest cas, sembla que era degut al fet que en depenia econòmicament. També la víctima desconeixia les alternatives i els recursos socials dels quals disposava. El mateix alumne expressava que coneixia diversos casos més de violència de gènere en la tercera edat.

— Es produeix una coincidència en dues de les experiències. Els enquestats manifesten que la por de l'agressor i la vergonya eren les causes per les quals dues dones no ho denunciaven. En canvi, sí que varen comunicar a persones de confiança les seves situacions. En un dels casos la confiança va fer que la persona de confiança denunciés l'agressor i que en l'actualitat la víctima s'hagi separat de la seva parella, i hagi acabat la situació de violència. En l'altre cas, la víctima, que quasi no disposa de recursos econòmics, mentre que la seva parella presenta una situació econòmica còmoda, segueix suportant-ho i convivint amb la parella.

## Conclusions

Abans de res, cal tenir en compte que els resultats estan basats en una mostra de només 38 persones, per la qual cosa no se'n poden extreure conclusions significatives. No obstant això, aquest primer estudi pot servir per fer una primera aproximació a les característiques del problema.

Els resultats obtinguts indiquen que, com es temia, els grans són bastant reservats i inaccessibles a l'hora de desvelar experiències de violència de gènere al seu entorn. Potser un dels fets més reveladors va ser que, a pesar que tan sols un nombre reduït de persones van admetre per escrit que coneixien casos de maltractament en dones grans, 4 persones sí que ho varen reconèixer verbalment a l'enquestador, i malgrat la petició que s'emplenés aquest segon apartat, la negativa va ser rotunda.

Igualment, el fet d'haver trobat 6 alumnes que afirmen que coneixen casos de violència de gènere entre dones conegudes, dóna suport a la hipòtesi que explica que, encara que no es tingui consciència del nombre de casos reals, sí que existeixen. Les característiques de les experiències, els valors i les creences que aquestes dones tenen sobre la violència i les seves repercussions coincideixen amb el testimoniatge d'altres víctimes. Són dones grans, excepte en un dels casos, i no ho denuncien per elles mateixes. Aquestes dades coincideixen amb les teories existents.

D'una altra banda, els alumnes enquestats de la UOM consideren que la violència de gènere és molt greu i freqüent, fins i tot en edats avançades. La Comissió Europea, mitjançant 26.800 entrevistes a persones de la Unió Europea i a 1.006 espanyols, va expressar les principals percepcions europees que es tenen sobre la violència de gènere. Les percepcions europees també assenyalaven que la violència de gènere és greu i freqüent.

Els enquestats pensen que la violència augmenta amb els anys. Amb el transcurs dels anys la violència física disminueix, encara que s'incrementa la «no física» i, fins i tot, s'intensifica (Vinton, 2005). Això mateix ocorre quan l'agressor perd autonomia i depèn de la seva parella (Phillips, 2005). En percebre que no es té tant poder sobre la víctima augmenten les formes de control com ara la manipulació, l'aïllament o la coerció. És una situació perillosa per a les víctimes grans, perquè solen desenvolupar una codependència amb l'agressor que les convertirà en víctimes més vulnerables. La preocupació per l'agressor es converteix en un dels valors que pot arribar a impedir a les agredides que acudeixin a la justícia. Les opinions recollides a l'estudi de Dunlop, Beaulaurier, Seff, Newman, Malik i Fuster incidien que les intervencions no havien d'encaminar-se a infligir càstig, sinó que havien de tenir caràcter terapèutic. El mateix es reflecteix en les percepcions europees; quan es preguntava si era acceptable la violència domèstica, fins a un 12% d'europaus i un 6% d'espanyols indicaven que era inacceptable, però que no havia de ser castigada per la Llei.

En realitat, les agressions verbals, que inclouren desqualificacions, manipulació psicològica, crits, etc., són les més freqüents entre totes les manifestacions de violència, com assenyalava l'estudi, amb un índex d'acord entre sexes del 79,4%. Seff, Beaulaurier i Newman (2008) afirmen que la violència «no física» és la més habitual, i engloba violència verbal, amenaces, intimidació i una llarga llista d'actes que repercuteixen emocionalment en la víctima; fins i tot l'impacte és més accentuat que el que produeix la violència física. Així i tot, en nombrosos casos no es percep. La investigació internacional destacava que una de les creences que frenen les víctimes del maltractament davant la denúncia és el fet que el seu entorn més proper (familiars i amics) percebi la violència «no física» com a poc greu i indigna de castigar, i que arribi a jutjar les víctimes i, d'igual manera, que les autoritats no s'ho prenguin seriosament. El total d'alumnes homes seleccionaren 21 vegades ítems de la pregunta «manifestacions de violència», mentre que les dones ho feren 42 vegades (el doble). A més, amb prou feines els homes han seleccionat actes com «llevar-los la llibertat o aïllament» i «danyar els béns personals», atorgant-los puntuacions del 5,88% i del 2,94% respectivament, a diferència de les dones, que els atorgaven entre un 20,6% i un 17,6%. Aquestes dades podrien apuntar al fet que, efectivament, malgrat que són agressions habituals, s'invisibilitzen per a alguns sectors de la població o no s'identifiquen com a maltractament.

Resulta interessant destacar que quan es qüestionava quines eren les causes que afavorien el maltractament també es produïen importants diferències respecte a la percepció entre

sexes. Les dones, de nou, tornaven a destacar més variables com a possibles motius de violència que els homes. Els ítems que va seleccionar un nombre més gran de persones són la creença de superioritat i infravaloració de la parella (amb un 55,6% de respostes) i la valoració de la parella com una cosa privada i com una propietat (amb un 61,1% d'acord entre els enquestats). Aquestes dues variables coincideixen amb l'enfocament feminista, que, com s'ha explicat abans, incideix que la violència seria deguda al fet que es percep una desigualtat entre gènere. Aquesta desigualtat justificaria que els homes subordinessin les dones, obligant-les a complir les seves ordres, els seus desitjos o imposicions. Grunfeld, Larsson, Mackay i Hotch (1996) defensen que dos dels principals elements que justificarien la violència serien la visió de la parella com una cosa privada i el tracte de la dona com un objecte. Els enquestats també creuen que la gelosia és una altra de les causes per les quals les dones suporten violència, i li atorguen valors del 16,67% els homes i del 25% les dones. Els estudis corroboren aquesta creença (Dunlop, Beaulaurier, Seff, Newman, Malik i Fuster, 2005) i apunten que indueix també a nivells més alts d'aïllament i intimidació.

La dependència econòmica de l'agressor és definida també com un dels fenòmens més rellevants a l'hora de suportar el maltractament, coincidint amb el motiu pel qual no va denunciar les agressions una de les víctimes de les experiències descrites i amb la reflexió de Phillips (2005) que explica que la restricció a l'accés de recursos proporciona un poder més gran a la parella i, per tant, una subordinació més gran de la dona. Les altres causes descrites a les experiències són creences culturals i socials tradicionals que infonen respecte al matrimoni i el cònjuge, assumir la responsabilitat de mantenir el nucli familiar, no identificar les agressions com a maltractament, la dependència econòmica, el temor a les represàlies i la vergonya que sortís a la llum que la dona havia estat maltractada. Les creences culturals i els valors de respecte al matrimoni s'associaven a l'edat de les víctimes.

Davant gairebé totes les qüestions, les dones assenyalaven més ítems que els homes. L'existència de violència de gènere en ancianes i les seves característiques és més visible per a les dones que per als homes. S'ha de destacar en aquest punt que quan es qüestionava quines conductes havien de ser denunciades, els homes varen mostrar una actitud de més tolerància que les dones. Aquests resultats coincideixen amb l'estudi de Ferrer, Bosch, Ramis i Navarro de 2006, que apunta que els homes tendeixen a ser més benèvols davant les agressions produïdes per altres homes i que presentarien actituds més sexistes que les dones, i que, per contra, les dones tendeixen a ser més inflexibles amb els càstigs. Els homes de l'estudi coincideixen que les agressions físiques han de ser denunciades, però tan sols alguns opinen el mateix per a un altre tipus d'agressions com les verbals o les amenaces. Les dades de l'eurobaròmetre de la Comissió Europea reflectien que s'havia de combatre la violència (87% d'europèus i 95% d'espanyols). La percepció europea tendeix a prioritzar altres intervencions abans que la rehabilitació, considerada com una de les últimes opcions. Les xifres reflecteixen que un 53% d'europèus i un 54% d'espanyols la consideren «molt útil» i fins a un 11% d'europèus i un 9% d'espanyols la consideren «no gaire útil». Entre les principals actuacions valorades com de

gran eficàcia, es destacaria castigar els culpables i ensenyar als joves el respecte mutu (80% d'europèus i 81% d'espanyols). Aquest punt torna a incidir en la importància de l'educació des de la joventut, establint valors i creences d'igualtat i respecte.

Es produeix un acord quan s'aborda la millor manera de detenir la situació de violència. Un 45% dels enquestats opina que cal recórrer a la policia i denunciar-ho, i un 35% també assenyalava que s'ha de demanar ajuda a professionals especialitzats. En les experiències de casos coneguts, les víctimes tendien a no fer res o a comunicar-ho a persones de confiança.

Fins a 24 dels enquestats, més de la meitat, varen apuntar que no hi havia recursos específics per a ancianes víctimes de la violència, o bé que no eren suficients. Altres 4 persones creien que hi havia recursos, però es desconeixien, i altres 2 els desconeixien totalment. En dues de les experiències s'esmentava que, probablement, les víctimes no coneixien els recursos o els serveis dirigits a ajudar-les, fet que denota una important manca d'informació sobre els recursos.

Actualment, la gamma de serveis destinats a les víctimes de la violència de gènere és molt àmplia, no obstant això, tots s'orienten a dones joves. No hi ha serveis i/o recursos destinats al col·lectiu de dones grans. Per tant, les víctimes ancianes perceben noves barreres afegides. D'una banda, no s'identifiquen amb les campanyes publicitàries que promouen que accedeixin als recursos, i això comporta diverses repercussions, com que no tinguin informació suficient sobre les alternatives o que creguin que les prestacions no són per a elles. Es tracta d'un col·lectiu amb certes peculiaritats influïdes per l'edat, per la qual cosa també tenen necessitats i demandes molt específiques, com per exemple cases d'acollida habilitades per a persones amb mobilitat reduïda.

En línies generals, els resultats de l'estudi indiquen que la violència de gènere en dones grans es produeix amb freqüència i que moltes causes que afavoreixen que se suportin els actes violents en silenci són creences sexistes o vinculades a l'edat i/o a una llarga convivència amb l'agressor. També sembla que hi ha una tendència més gran de les dones a castigar els actes de violència i a trobar més tipologies d'agressions que han de ser castigades. De la mateixa manera, també identifiquen més manifestacions d'agressions que els homes.

### **Futures actuacions per fomentar la denúncia**

Els canvis s'han de fomentar des d'edats molt primerenques, mitjançant una educació correcta basada en el respecte i la igualtat de sexes. Com s'ha explicat fins ara, l'arrel del problema és que les creences de la població i, fins i tot, de les mateixes víctimes de la violència de gènere, són sexistes i tolerants davant les agressions. Per obtenir resultats eficaços les principals intervencions hauran d'enfocar-se a modificar els esquemes mentals

i a infondre respecte cap a les persones. Les intervencions educacionals en els diferents àmbits seran la clau per eradicar o disminuir la violència.

S'han de combatre les cultures en què es veu la dona o les persones grans com a grups vulnerables i inferiors, i lluitar per la igualtat de drets en tots els col·lectius. S'han de canviar les concepcions que veuen la persona gran com un contribuent improductiu i negatiu per a la comunitat. Adquirir des de nens valors d'igualtat i respecte serà essencial.

Altres actuacions importants són les següents:

— Conscienciació de la població i suport social

El primer pas és, sens dubte, visibilitzar la situació actual de les dones grans que sofreixen violència de gènere. Aquest és l'objectiu d'aquest article. Aquest tipus de maltractament s'ha de classificar en funció de les característiques de les víctimes, els agressors i la relació que mantenen, no en funció de l'edat, com s'ha fet fins ara. Per tant, el primer és fomentar la conscienciació social mitjançant una anàlisi de la situació en els àmbits nacional i mundial.

La conscienciació ha d'incloure al fet que les víctimes se sentin més recolzades per la comunitat i per les seves xarxes socials si decideixen separar-se de l'agressor. Les dones entrevistades per Grunfeld, Larsson, Mackay i Hotch (1996) descriuen com el principal precursor per sol·licitar ajuda el suport de la comunitat.

— Actuació dels mitjans de comunicació

Les actuacions dels mitjans de comunicació resulten essencials per conscienciar la població del problema existent. Si s'analitza la publicitat que pretén fomentar la denúncia, gairebé sempre es basa en un prototip de dona jove. Els mitjans han d'ajudar llançant campanyes publicitàries en les quals les dones grans es puguin veure identificades i percebin el suport social. Al mateix temps, l'eradicació del sexisme i de la discriminació per edat ha de formar part de les intervencions principals (Losada, 2004). Si s'incorporen en les funcions dels mitjans de comunicació, l'impacte dels prejudicis i les discriminacions seran menors.

— Formació de professionals

Un dels problemes que apareixen, com s'ha comentat anteriorment, és que no hi ha una delimitació adequada entre les diferents disciplines. Quan els experts parlen de maltractament a les persones grans no s'identifica que moltes d'aquestes agressions són provocades per les parelles, en episodis que s'han mantingut al llarg d'anys de convivència. Únicament s'inclouen en el marc d'abusos a les persones grans, i s'hi intervé sense tenir en

compte la importància de determinar que es tracta d'una violència exercida per obtenir poder i, en lloc d'això, s'associa a factors com l'estrès del cuidador, malalties com les demències o necessitat d'atenció constant. De la mateixa forma, els teòrics que parlen de violència de gènere no visualitzen el nombre de casos reals que es produeixen en edats avançades i estableixen polítiques d'intervenció basades en estereotips de dona jove i sana, sense tenir en compte les limitacions i les necessitats emergents de l'edat. En tots dos casos, es detecta una baixa conscienciació dels teòrics i una falta de formació en altres camps que permeti identificar els signes de violència de gènere en ancianes. Des de la perspectiva de la prevenció, serà necessària la formació complementària, de manera que els investigadors sobre el maltractament de persones grans no passin per alt la variable del gènere i que els que estudien la violència de gènere compreguin el funcionament de l'envelliment.

Les dones entrevistades a l'estudi de Dunlop, Beaulaurier, Seff, Newman, Malik i Fuster (2005) demanen que tant els serveis com els professionals s'especialitzin en aspectes dels més grans; és a dir, es pensava que hi havia un gran desconeixement de les característiques de les dones grans, i així l'ajuda no resultava efectiva. Es demanava que el personal dels tribunals i les autoritats tinguessin coneixements bàsics sobre el col·lectiu de persones grans.

#### — Serveis i recursos especialitzats

Com s'ha anat explicant anteriorment, la falta de recursos especialitzats en dones grans maltractades actua com a barrera a l'hora de buscar ajuda. La cartera de serveis hauria d'habilitar instal·lacions i recursos orientats a dones d'edat avançada, que presenten demandes d'ajuda psicològica, seguretat, prestacions econòmiques, entre altres.

No bastarà crear els nous serveis, sinó que també s'hauran de donar a conèixer. En general, la població té poca informació sobre els recursos destinats a la violència de gènere. Les dades de la Comissió Europea reflectien que, a pesar que la majoria coincidia en el fet que la Unió Europea (UE) havia de participar a combatre la violència (87% d'uropeus i 95% d'espanyols), solament un 14% d'uropeus i un 16% d'espanyols coneixien algunes de les mesures polítiques que assumeix la UE.

#### — Autonomia de les persones grans

Que les dones grans exerceixin els seus drets i defensin els seus interessos es converteix en un punt molt important a l'hora de millorar la seva situació. Han d'actuar per si mateixes i en el seu propi nom (OMS/ INPEA, 2002).

#### — Investigació

Serà necessari seguir investigant sobre les necessitats d'aquest col·lectiu per millorar les línies d'intervenció. La comprensió de les seves creences i les seves opinions possibilitarà

que es pugui preveure quines persones seran vulnerables de patir maltractament, entendre la manera d'actuar i oferir solucions adaptades a les seves exigències.

S'haurà de garantir la difusió dels resultats de la investigació a través de publicacions científiques (OMS/INPEA, 2002).

— Identificar la violència «no física» i actuar sobre aquesta

Les ancianes que sofreixen manipulació, aïllament i control no tendeixen a demanar ajuda perquè no identifiquen aquestes estratègies com a abusos. No obstant això, la violència «no física» té repercussions importants en la salut de les persones, per la qual cosa resulta essencial la intervenció. D'una banda, s'haurà de canviar la percepció, tant de les víctimes com dels serveis comunitaris i els sistemes de justícia, i infondre la idea que, a pesar que algunes formes de violència són invisibles, segueixen sent maltractament. D'altra banda, s'hauran d'establir criteris per identificar i valorar els signes de violència no física, a més d'actuar en conseqüència.



## Referències Bibliogràfiques

Beaulaurier, R. L., Seff, L. R. i Newman, F. L. (2008): «Barriers to Help-Seeking for Older Women Who Experience Intimate Partner Violence: A Descriptive Model», *Journal of Women & Aging*, 20: 3-4, 231-248.

Buchbinder, E., i Winterstein, T. (2003): «Like a Wounded Bird: Older Battered Women's Life Experiences with Intimate Violence», *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15: 2, 23-44.

Dunlop, B. D., Beaulaurier, R., Seff, L., Newman, F. L., Malik, N. i Fuster, M. (2005): «Domestic Violence Against Older Women: Final Technical Report». The Center on Aging of Florida International University for the The National Institute of Justice.

Eurobaròmetre (2010). «Violencia doméstica contra las mujeres». Comisión Europea.

Ferrer, V. A., Bosch, E., Ramis, M. C. i Navarro, C. (2006). «Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos». *Anales de Psicología*, 22 (2), 251-259.

Grunfeld, Larsson, Mackay i Hotch (1996). «Domestic violence against elderly women» *Canadian Family Physician*, 42: 1485-1494.

IMSERSO (2004). «Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y los profesionales». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2006). «A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2010). «Informe de las mujeres mayores en España». Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Losada, A. (2004). «Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención». Madrid: Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, 14. A: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>> (Consulta: 30 d'agost de 2011).

Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2009). «Contra la violencia de género». Madrid: Ministerio de Igualdad.

Observatorio contra la Violencia Doméstica, Consejo General del Poder Judicial (2010). «Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o la expareja en 2010». Madrid: Fundación Mujeres.

Observatori Municipal de la Igualtat (2011). «La violència de gènere a Palma». Palma: Ajuntament de Palma.

OMS/INPEA (2002). «Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor». *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 38: 319-31

Orte, C. i Sánchez, L. (2010). «Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca». A: Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Pérez, L. (2007). «Actitudes, valores y sentimientos generales ante la vida». A: *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Phillips, L. (2000). «Domestic Violence and Older Women». *Geriatric Nursing*, 21 (4), 188-195.

Phillips, L. (2005). «El género como factor de riesgo». A: Iborra, I. (ed.). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Vinton, L. (1999): «Working with Abused Older Women from a Feminist Perspective», *Journal of Women & Aging*, 11: 2-3, 85-100.

## **Autora**

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis, 1984. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Coordinadora i tutora presencial i en línia dels cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència. Coordinadora del Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia. Professional de la salut mental en Institut Clínic Manacor.

# EXERCICI FÍSIC I GENT GRAN: UNA FILOSOFIA DE VIDA

---

## **Exercici físic i gent gran: una filosofia de vida**

Jaume Cantallops Ramon

Josep Vidal Conti

Pere Antoni Borràs Rotger

Francesc Xavier Ponseti Verdaguer

Pere Palou Sampol

---

## Resum

En el present article s'exposen els beneficis de l'exercici físic i la importància que té en la gent gran. Per començar es fa una introducció en la qual es destaquen els trets principals que defineixen la societat actual, caracteritzada, entre d'altres aspectes, perquè és cada vegada més sedentària; es fa patent la necessitat d'un canvi de plantejament en què l'exercici físic formi part de les nostres vides, ja que, de forma general, possibilita que tinguem una millor qualitat de vida. Seguidament, es distingeixen els conceptes d'activitat física i exercici físic; aquest darrer és el més indicat per referir-nos a un treball planificat, estructurat, repetitiu i progressiu, amb l'objectiu de millorar o mantenir la condició física. Es mostren les investigacions més innovadores en el terreny de la qualitat de vida i s'indica com l'exercici físic pot contribuir a aconseguir-la. És fonamental que la gent gran prengui consciència que una pràctica física regular comporta beneficis científicament comprovats, i s'indiquen les pautes que cal tenir en compte a l'hora de començar a incorporar a les nostres vides un estil de vida actiu, amb la intenció de combatre el sedentarisme, considerat la malaltia del segle XXI. Per acabar s'indica com l'activitat aquàtica, per les seves característiques i sempre que es realitzi sota la supervisió dels professionals corresponents, pot ser un exemple de treball adequat per a la gent gran.

## Resumen

En el presente artículo se exponen los beneficios del ejercicio físico y la importancia que tiene en las personas mayores. Para empezar se realiza una introducción en la que se destacan los rasgos principales que definen a la sociedad actual, caracterizada, entre otros aspectos, por ser cada vez más sedentaria; se hace patente la necesidad de un cambio de planteamiento en el que el ejercicio físico forme parte de nuestras vidas, ya que, de forma general, posibilita que tengamos una mejor calidad de vida. Seguidamente, se distinguen los conceptos de actividad física y ejercicio físico, siendo este último el más indicado para referirnos a un trabajo planificado, estructurado, repetitivo y progresivo, con el objetivo de mejorar o mantener la condición física. Se muestran las investigaciones más innovadoras en el terreno de la calidad de vida y se indica como el ejercicio físico puede contribuir a su consecución. Es fundamental que las personas mayores tomen conciencia de que una práctica física regular conlleva beneficios científicamente comprobados, y se indican las pautas a tener en cuenta a la hora de empezar a incorporar a nuestras vidas un estilo de vida activo, con la intención de combatir el sedentarismo, considerado la enfermedad del siglo XXI. Para finalizar se indica como la actividad acuática, por sus características y siempre y cuando se realice bajo supervisión por parte de los profesionales correspondientes, puede ser un ejemplo de trabajo adecuado para las personas mayores.

---

## 1. Introducció

Ara com ara, està més que comprovat, i els estudis científics així ho confirmen, que l'exercici físic dut a terme de manera regular i controlada, juntament amb una bona alimentació i unes hores de descans adequades, afavoreix una millora de la qualitat de vida de les persones, i possibilita que tinguin una esperança de vida més gran.

Malgrat aquesta evidència clara, la nostra societat es caracteritza més per una filosofia del curar que no pas de la prevenció. Hi ha tendència a utilitzar les medicines per a tot i, tot i ser necessàries en molts de casos, en gran nombre de situacions la realització d'activitat física possibilitaria una reducció i fins i tot una eliminació de certs tipus de medicaments.

Llavors, si estan tan clars els beneficis de realitzar exercici físic regular, per què no en fem? De forma general necessitem canviar els nostres estils de vida, afavorint que la pràctica esportiva sigui prioritària i no estigui en un segon plànol. En el nostre dia a dia prioritzem molts d'altres aspectes abans que fer activitat física i trobem mil i una excuses per no tenir una vida activa: la falta de temps, els diners que costa apuntar-se a un gimnàs, el cansament..., però en el fons són només això, excuses per justificar el nostre sedentarisme i la falta d'uns hàbits saludables. És molt comú sentir la frase: «demà començaré», i aquest demà no arriba mai!

L'exercici físic, com a eina promotora de salut, hauria de formar part de les nostres vides, com menjar o dormir. S'hauria d'incorporar com una filosofia de vida, no per curar, sinó per estar sans.

Si ens referim en concret a la gent gran, tal com exposa Pont (2006), no hi ha millor cosa en el món que veure les persones grans, de 80 o 90 anys, envellir sanament, sent totalment autònomes, capaces de valer-se per si mateixes, de viure independents, duent una vida activa i no sentint l'edat com una barrera per seguir el seu ritme natural de vida, d'estar en el món.

D'aquesta manera volem remarcar que la realització d'activitat física no només possibilita uns beneficis físics, sinó que és una eina que afavoreix que les persones es puguin sentir plenes en la seva esfera afectiva i social. La salut és aquesta combinació, com determina l'OMS, i no només l'absència de malaltia.

Com destaca Scharll (2000), l'objectiu és que la gent gran mantingui les capacitats que conserva, fins i tot que recuperi part d'aquelles que va perdre, almenys en la mesura en què deixin de ser dependents de cures continuades i fins i tot intensives. Han de tornar a gaudir amb el moviment, guanyar seguretat, confiar en si mateixos i rebre estímuls en companyia d'un grup de treball.

Si són tan obvis els beneficis que aporta l'exercici físic, per què hi ha la tendència d'adoptar estils de vida cada vegada més sedentaris i passius?

Considerem que la societat ha de canviar, les persones hem de modificar la nostra forma d'afrontar les prioritats. De forma general, la salut és un dels aspectes que més preocupen les persones, però sembla que no som conscients de la seva importància real fins que ens falta; aquesta idea la destaca Henri Becque quan exposa que «la llibertat i la salut s'assemblen: el seu vertader valor es coneix quan ens fan falta».

D'acord amb Soler i Jimeno (1998), hem de conscienciar la gent gran de la necessitat de practicar exercici físic i, per descomptat, dissenyar propostes i ofertes perquè aquesta població pugui adquirir i dur a terme uns estils de vida actius. S'ha de fomentar un canvi en la societat, reforçant la seva autonomia, respectant la seva idiosincràsia i modificant els valors socials avui dominants, resumits en l'individualisme insolidari; i sempre hauríem de recordar: «Els eren com nosaltres, però nosaltres serem com ells?» (Palou, Ponseti i Borràs, 2003).

## 2. Activitat física versus exercici físic: una qüestió terminològica

Considerem oportú fer un aclariment respecte als conceptes activitat física i exercici físic, ja que freqüentment són utilitzats com a sinònims, però entre un i altre hi ha una diferència clara:

El concepte d'activitat física es refereix a qualsevol moviment corporal produït pels músculs esquelètics del qual resulta una despesa energètica més gran que en el nivell de repòs. Pot ser catalogada en la vida diària com a ocupacional, tasques de la llar i vida diària, laboral, de condicionament general, o pràctica esporàdica d'esports (Caspersen, Powell i Christensen, 1985). Un exemple podria ser fregar el terra de casa nostra.

L'exercici físic està considerat com una categoria d'activitat física, però amb la gran diferència que està planificat, estructurat, és repetitiu i progressiu, i el seu objectiu és la millora o el manteniment de la condició física (Mora, 1989). Un exemple podria ser assistir a sessions de Pilates dues o tres vegades la setmana.

En el nostre cas, per tant, parlarem d'exercici físic, ja que no ens interessa qualsevol tipus de moviment corporal, sinó aquell que té una estructura i un control, que evita i elimina els gests tècnics perjudicials per al cos, i destacam que cal la supervisió d'un equip multiprofessional, format, entre d'altres, per metges, psicòlegs i llicenciats en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport.



Encara és comú trobar que des dels serveis d'atenció primària hi ha una prescripció d'exercici físic per a pacients amb determinades patologies que després no tenen la supervisió d'un especialista sobre el tipus d'activitat que els han proposat; per exemple, a una persona amb una determinada malaltia muscular a l'esquena hom li pot recomanar que faci natació, però si no està supervisada per un especialista, pot ser que el seu estil a l'hora d'executar els diferents gests tècnics no sigui l'adequat, i el seu exercici, en lloc de ser productiu i beneficiós, pot resultar perjudicial. Aquesta feina implica necessàriament el treball interdisciplinari entre el metge d'atenció primària i/o especialista i el llicenciat en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport.

Això suposa que hi hagi d'haver una regulació laboral dels llicenciats en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport, evitant l'intrusisme professional que tan freqüent és encara trobar en aquest món. Si volem que la gent gran disposi d'un exercici físic de qualitat i adaptat a les seves característiques, necessitem professionals ben formats que puguin atendre les demandes reals d'aquesta població, i això suposa una formació continuada.

Ni molt menys perquè es tracta de gent gran s'ha de minvar la qualitat de les activitats que s'ofereixen, sinó tot el contrari, és fonamental conèixer els canvis que es produeixen amb l'envelliment i els seus trets principals, per poder realitzar una intervenció adaptada a cada necessitat en particular, ja que l'exercici físic pot resultar molt beneficiós, però realitzat incorrectament i sense seguir les pautes adequades pot resultar nociu.

### 3. Exercici físic i qualitat de vida

Com afirmen Gómez-Vela i Sabeh (2002), l'interès per la qualitat de vida ha estat present des de temps immemorials; en canvi, l'aparició del concepte i la preocupació per la seva avaluació de forma sistemàtica i científica són recents, i la noció de qualitat de vida ha començat a popularitzar-se en la dècada dels seixanta, fins a convertir-se en l'actualitat en un concepte utilitzat en diferents àmbits: la salut, la salut mental, l'educació, l'economia, la política i el món dels serveis en general.

En un primer moment, el concepte gira entorn del medi ambient i les condicions de vida al nucli urbà, però progressivament, a mesura que l'interès per conèixer el benestar humà augmenta, va adquirint una complexitat més gran. Des de les ciències socials s'inicia el desenvolupament dels indicadors que permeten mesurar dades respecte al benestar social.

Envers aquesta última idea, tal com exposa Arostegui (1998), els indicadors van anar també evolucionant; començaren fent referència sols a condicions objectives, per posteriorment passar a tenir en compte alhora elements subjectius.

Per Trilla, Ayuste, Romañá i Salinas (2001), la qualitat de vida objectiva es refereix a la manera de mesurar-la, es basa en criteris explícits que poden ser aplicats per observadors externs; en canvi, la condició de vida subjectiva al·ludeix a la manera com les persones aprecien la seva vida.

D'aquesta manera, a principi dels anys 80, el concepte comença a adquirir una visió integradora, que comprèn totes les àrees de la vida, fent referència tant a condicions objectives com a components subjectius. Així ho corrobora Verdugo (2002, 80) quan diu: «La qualitat de vida depèn de múltiples factors ambientals i personals que influeixen el comportament dels individus».

Actualment, tot i que encara hi ha una manca de consens sobre la definició del seu constructe i la seva evolució (Gómez-Vela i Sabeh, 2002), el concepte ha tingut un impacte significatiu tant pel que fa a l'avaluació com a la planificació de serveis.

En síntesi, es pot dir que la qualitat de vida és un concepte genèric, no fa referència exclusivament a un grup de població determinat, i multidimensional (Schalock i Verdugo, 2003). Amb altres paraules: «El concepte de qualitat de vida s'ha convertit en quelcom central en la política social i en el desenvolupament d'entorns que permetin l'accés de tots els individus a les persones, els llocs i recursos» (Schalock i Verdugo, 2003, 21).

Tal com manifesta Verdugo (2001), de les múltiples definicions i dels múltiples models conceptuals sobre qualitat de vida, el plantejament proposat per Schalock és el que gaudeix d'una acceptació més gran en l'àmbit internacional.

Per Schalock (1994, 1996, 1997) el model de qualitat de vida es fonamenta en una sèrie de factors que pertanyen a tres dominis principals de la vida: la llar i la comunitat; la salut i el benestar; i l'escola o el treball. A partir d'aquí defineix el terme qualitat de vida com un concepte que reflecteix les condicions desitjades per una persona respecte a vuit necessitats fonamentals, que són el nucli de les dimensions de vida de cadascú (Schalock, 1999):

- Benestar emocional
- Relacions interpersonals
- Benestar material
- Desenvolupament personal
- Benestar físic
- Autodeterminació
- Inclusió social
- Drets.

Així, podríem dir que perquè una persona pugui gaudir de qualitat de vida s'ha de trobar físicament saludable, i també han d'estar satisfetes les seves necessitats de caràcter psicològic i social.

Per a cada una de les vuit dimensions esmentades, Schalock (1999) exposa que hi ha nombrosos indicadors. A la següent taula se'n poden observar alguns a manera d'exemple:

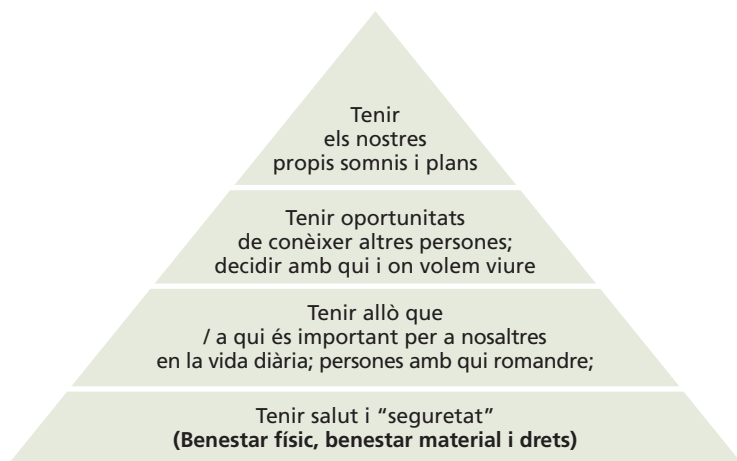
**Taula 1** | *Dimensions i indicadors centrals de qualitat de vida (Schalock, 1999, 94)*

Dimensió		Exemple d'indicadors
Benestar emocional	Seguretat Espiritualitat Felicitat	No patir estrès Concepte de si mateix Alegria
Relacions interpersonals	Intimitat Afecte Família	Interaccions Amics Suports
Benestar material	Propietats Estalvis Seguretat Menjar	Feina Possessions Estatus socioeconòmic Protecció
Desenvolupament personal	Educació Habilitats Realització personal	Competència personal Activitat propositiva Ascensos
Benestar físic	Salut Nutrició Temps lliure Mobilitat	Atenció sanitària Assegurances mèdiques Oci Activitats diàries
Independència per prendre decisions	Autonomia Eleccions Decisions	Control personal Autogovern Valors personals i metes
Integració social	Acceptació Estatus Suports Rols	Activitats comunitàries Ambient de treball Activitats de voluntariat Ambient residencial
Drets	Intimitat Vot Facilitats d'accés	Drets per la discapacitat Propietats Responsabilitats cíviques

---

**Gràfic 1 | Jerarquia de qualitat de vida (Schalock i Verdugo, 2003, 329)**


---



Com es pot observar a la figura 2, a la base de la piràmide s'hi troba la salut i el benestar físic. Si no hi ha salut, els altres aspectes no són possibles i la nostra qualitat de vida es troba truncada en el primer esglaó.

L'exercici físic pot funcionar com a eina per treballar aquest escaló de base, és el pilar on resideixen una sèrie d'aspectes que, d'una manera o l'altra, es troben condicionats per la salut. Si volem tenir més qualitat de vida, hem de tenir cura de nosaltres mateixos, i això implica tenir uns hàbits de vida actius i combatre el sedentarisme que tan present és a la nostra societat. D'aquesta manera quan ens començam a cuidar físicament, comencen a sorgir les altres dimensions: millora el nostre benestar, el nostre desenvolupament personal i la nostra autodeterminació, i la inclusió social es fa més efectiva, cosa que afavoreix que tinguem un relacions interpersonals més plenes. Si això és possible, facilitarà que tinguem un millor benestar emocional (darrer esglaó de la piràmide), que, en certa manera, implicarà una millor il·lusió per viure i afrontar el dia a dia.

#### 4. El sedentarisme: la malaltia del segle XXI

Tal com queda demostrat per un nombre considerable d'estudis, la societat actual es caracteritza per uns estils de vida cada vegada més sedentaris: el nivell d'activitat física diari d'una persona és inferior a 30 minuts. A continuació exposem els aspectes que influeixen perquè els estils de vida actius siguin cada cop menys presents al dia a dia:

- Ús excessiu dels mitjans de transport
- Les noves tecnologies
- Moltes hores de televisió
- Moltes alternatives d'oci que no són actives físicament
- Disminució dels jocs de carrer que abans es produïen

Actualment, per norma general, disposem de més temps lliure, de més qualitat de vida, i la població ha incrementat l'esperança de vida, però, tot i això, ha incrementat el nivell de sedentarisme de les persones, condicionat en gran mesura per l'aparició i la utilització de les noves tecnologies. Han aparegut malalties «modernes» derivades d'uns estils de vida poc actius, com ara: l'obesitat, la depressió, l'ansietat, l'estrès...

La societat en què vivim es caracteritza per:

- Estils de vida sedentaris
- Hàbits tòxics encara molt presents: tabac, alcohol i d'altres drogues
- Sobreprès
- Hipertensió arterial
- Colesterol elevat
- «Pensar que tot es cura amb medicaments»

Respecte a aquesta darrera idea, voldríem destacar que resultaria molt més efectiu i rendible mantenir la salut que recuperar-la un cop s'ha perdut. Aquest canvi de mentalitat en les administracions públiques i privades i, de forma general, en tots els ciutadans, possibilitaria una nova concepció de la salut i la seva relació amb l'exercici físic. No es tracta que la prescripció d'exercici físic sigui positiva per curar-se quan hom està malalt, sinó que resulta fonamental i és l'eix central d'intervenció per tenir societats més saludables, amb menys riscos de patir determinades malalties.

La pràctica d'exercici físic possibilita, entre d'altres, una sèrie de beneficis que seguidament sintetitzem:

- Redueix els nivells d'hipertensió arterial
- Redueix els nivells de colesterol
- Redueix l'obesitat
- Millora el sistema musculoesquelètic
- Millora la funció cardiorespiratòria
- Millora la diabetis
- Millora l'osteoporosi
- De forma general possibilita una sensació de benestar, i ajuda a millorar la qualitat de vida

A més, voldríem destacar com la incorporació de l'exercici físic en la rutina diària ajuda que les persones duguin una vida més ordenada; en parlar d'ordre ens referim a tenir cura dels hàbits d'alimentació, de les hores de descans, de la higiene i cura personal i, en definitiva, tenir il·lusió en allò que fem i en allò que volem fer.

Tots aquests són arguments suficientment importants com per adonar-nos de la necessitat d'incorporar estils de vida actius al dia a dia. Què esperam per fer un canvi de mentalitat?

## 5. El canvi cap a un estil de vida actiu

Abans de començar a realitzar una determinada activitat física és fonamental plantejar-se una sèrie de qüestions amb la finalitat d'elegir aquell tipus d'exercici que millor s'adapti a les nostres necessitats i característiques individuals. L'elecció de l'activitat és una decisió important que determinarà en gran mesura l'adherència de la persona a aquella pràctica, ja que, si realment no ens motiva ni ens agrada un determinat tipus d'exercici, per molt positiu que sigui per a la nostra salut, difícilment aconseguirem una continuïtat. A continuació exposem de forma sintètica aquestes preguntes:

- Quin és el meu nivell de condició física actual?
- Quin hauria de ser el meu nivell de condició física?
- Què puc fer per aconseguir-ho?
- Per què he de fer exercici físic?
- Com sé que ho faig correctament?
- Ho podria fer amb algú?
- M'agrada fer-ho?
- Val la pena?

També cal trobar un motiu pel qual realitzar exercici físic, aquest serà diferent segons cada persona. Pot ser per sentir-se més saludable, per optimitzar o mantenir la condició física, per conrear l'aspecte social, per tenir ocupat el temps lliure, per benestar i/o plaer, per aconseguir una bona figura, per competir, etc. Tots són motius més que justificats per decantar-nos per viure una vida més activa quant a exercici físic.

D'aquesta manera, per començar hauríem d'establir les nostres metes i els objectius que cerquem amb la pràctica d'aquell exercici físic, i que siguin al més coherents i realistes, atenent les nostres característiques personals. Sobretot, a les primeres sessions és fonamental cercar la supervisió i retroacció (*feedback*) de professionals que ens indiquin les pautes per realitzar aquella activitat de la forma més correcta possible, per evitar riscos derivats d'una mala pràctica física com a conseqüència de gests tècnics inadequats. El fet d'assistir a la pràctica amb un grup pot facilitar la socialització, aspecte que també és

fonamental treballar, més, si cal, quan ens referim a gent gran. La motivació, la varietat i la diversió són trets que també cal valorar, ja que afavoreixen considerablement la il·lusió per incorporar l'exercici físic com una filosofia de vida.

Els objectius principals que s'haurien de cercar en la gent gran haurien d'anar encaminats a evitar les pèrdues importants de les capacitats físiques, i es concretarien a:

- Millorar o mantenir la capacitat del sistema cardiorespiratori
- Millorar o mantenir la força i l'equilibri muscular
- Millorar o mantenir l'eficiència neuromuscular i la coordinació

I per acabar aquest punt volem destacar una idea que considerem clau. En l'actualitat, des de la medicina d'atenció primària es prescriu molt d'exercici. És correcte, però si l'exercici no es fa correctament pot ser fins i tot perjudicial. També s'han de descartar possibles malalties que impliquin un risc a l'hora de practicar activitat física. Per això és fonamental que la gent gran, sobretot els més grans de 60 anys, realitzin una prova d'esforç per veure com reacciona el seu cos enfront d'un estímul semblant al que tindran quan realitzin la pràctica física. No és el mateix caminar que córrer, per això la necessitat de realitzar aquests tipus de proves, que de forma general estan configurades per les parts següents:

1. Anamnesi dirigida
2. Exploració física
3. Electrocardiograma i espirometria
4. Anàlisi bàsica de sang
5. Prova d'esforç: monotorització d'electrocardiograma i tensió arterial.

## 6. L'activitat aquàtica: exemple d'exercici físic adequat per a la gent gran

Dins l'ampli ventall de possibilitats de realitzar diferents activitats físiques, una és la pràctica de l'activitat en el medi aquàtic.

En la societat en què vivim, les activitats aquàtiques han anat adquirint un lloc privilegiat en el conjunt de pràctiques que realitzen les persones, i s'han incrementat considerablement els diferents àmbits i poblacions als quals s'adrecen. D'aquesta manera, en l'actualitat podem trobar gran varietat d'opcions en aquest entorn: natació de competició, waterpolo,

natació sincronitzada, activitat aquàtica per a embarassades, aigua gim, natació per a nadons, natació per a adults, etc.

D'acord amb Gallardo i Salvador (1999), les persones realitzem algun tipus d'activitat física amb la finalitat darrera de millorar la nostra qualitat de vida.

El medi aquàtic, per les seves característiques, presenta una sèrie de beneficis molt positius per millorar la salut de les persones, entenent el concepte de salut com un terme que engloba aspectes físics, psíquics i socials; tot plegat pot repercutir directament en la qualitat de vida.

Lloret i Violán (1991) manifesten que el medi aquàtic té un conjunt d'avantatges absents en el medi terrestre:

- Provoca vasodilatació amb una temperatura entorn dels 28° i permet un increment del to muscular i del consum d'oxigen.
- A una temperatura superior als 30° té un efecte calmant sobre el dolor i l'espasme muscular.
- Es poden aconseguir efectes relaxants o estimulants en funció de la temperatura.
- L'activitat aquàtica millora o manté els nivells de mobilitat articular.
- És possible reeducar grups musculars de forma localitzada.
- El medi aquàtic pot tonificar i reforçar la musculatura.
- S'afavoreixen els moviments de deambulació i altres activitats funcionals per la condició hipogravitatòria i la disminució de pes consegüent.
- A l'aigua, millora la circulació perifèrica i l'estat tròfic de la pell.
- Produeix una sensació de benestar.

A més dels anteriors avantatges, Godoy (2002) exposa tot un seguit de beneficis del treball en el medi aquàtic. Diferencia aquests beneficis en quatre apartats generals, que són:

- Desenvolupament orgànic general
- Desenvolupament muscular
- Desenvolupament de la coordinació motriu
- Millora de l'actitud o la postura.

Respecte al *desenvolupament orgànic general*, fa referència a les millores que es poden produir en la circulació sanguínia (gràcies a l'acció tèrmica de l'aigua sobre el cos i a la pressió que exerceix sobre l'organisme, estimulants el retorn venós); en les funcions cardíaques (gràcies a la millora de la circulació sanguínia i l'activació de la musculatura); en la funció pulmonar (relacionat amb les millores anteriors); en la resistència (gràcies a l'adaptació progressiva de l'exercici quotidià); i en la funció metabòlica (pel que fa a una millora fisiològica corporal general).



Quant al *desenvolupament muscular*, l'autor diferencia tres aspectes: la tonificació muscular que es provocarà gràcies a una resistència uniforme i equilibrada de l'aigua; la relaxació muscular, provocada per la immersió del cos en estat d'ingravedesa, aspecte que també influeix en la psicologia i en l'estat d'ànim dels individus; i finalment la millora de la mobilitat articular (relacionada també amb la ingravedesa suportada).

El millor *desenvolupament de la coordinació motriu* està relacionat amb una major coordinació de moviments (millora en les connexions nervioses, l'harmonia en els moviments i la correcta correlació d'ordres nervioses i respostes musculars); i l'adquisició de noves experiències en moviments d'ingravedesa (situacions noves que ens ajudaran a adquirir un bagatge motor més gran).

Per acabar, les activitats aquàtiques poden tenir incidència en la millora de l'*actitud i la postura*, gràcies a un enfortiment muscular, una descàrrega de la columna deguda a la ingravedesa de l'aigua i la possibilitat de relaxar la musculatura.

Malgrat que aquests beneficis siguin predominantment de caràcter motor, cal dir que el fet que una persona físicament se senti millor incideix de manera directa en el seu estat d'ànim, en les seves emocions i en les seves relacions socials. Així, no podem separar unes millores de les altres, ja que totes s'entrellacen.

Ha quedat palès, doncs, que les activitats aquàtiques poden suposar guanys importants per a tots els sectors de la població, sobretot per a les persones amb problemes reumatològics, problemes cardiovasculars, obesitat, diabetis, malalties respiratòries, dificultats de retorn venós, etc. (Rodríguez i Moreno, 1998).

## Referències bibliogràfiques

Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. País Vasco: Universidad de Deusto.

Caspersen, C. J.; Powell, K. E.; Christensen, G. M. (1985). «Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research». *Public Health Reports*, 100, 126-131.

Gallardo, M. V.; Salvador, M. L. (1999). *Discapacidad Motórica. Aspectos psicoevolutivos y educativos* (2a. ed.). Málaga: Aljibe.

Godoy, C. A. (2002). «Programa de actividades acuáticas para la salud». *Lecturas: Educación Física y Deportes (Revista Digital)*, any 8, 45. Document consultat a: <http://www.efdeportes.com>

Gómez-Vela, M.; Sabeh, E. N. (2002). «Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica». A: *Compendio Bibliográfico del Taller Interdisciplinario 11 para la Licenciatura en Educación Especial*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.

Lloret, M.; Violán, M. (1991). «Actividades Acuáticas y Salud». A: *Actas del 2º Congreso de Actividades Acuáticas* (pàg. 29-50). Barcelona: SEAE.

Mora, J. (1989). *Condición física*. Málaga: Unisport.

Palou, P.; Ponseti, X.; Borràs, P. A. (2003). *Activitat física per a gent gran: una perspectiva multidisciplinària*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Pont, P. (2006). *3ª Edad. Actividad física y salud. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidotribo.

Rodríguez, P. L.; Moreno, J. A. (1998). «Actividades acuáticas como fuente de salud». A: J. A. Moreno, P. L. Rodríguez; F. Ruiz (eds.), *Actividades acuáticas: ámbitos de aplicación* (pàg. 49-63). Murcia: Universidad de Murcia.

Schalock, R. L. (1994). «Quality of life, quality enhancement, and quality assurance. Implications for program planning in the field of mental retardation and developmental disabilities». *Evaluation and Program Planning*, 17 (2), 121-131.

Schalock, R. L. (1996). «Reconsidering the conceptualization and measurement of Quality of Life». A: R. L. Schalock (ed.), *Quality of Life: Vol. 1 Conceptualization and Measurement* (pàg. 123-139). Washington DC: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R. L. (1997, març). «Evaluación de programas sociales: para conseguir rendimientos organizacionales y resultados personales». A: *Actas de las II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* (pàg. 85-105). Salamanca: Universidad de Salamanca - IMSERSO.

Schalock, R. L. (1999). «Hacia una nueva concepción de la discapacidad». A: M. Á. Verdugo i F. B. Jordán de Urries (eds.), *Hacia una nueva concepción de la discapacidad* (pàg. 79-109). Salamanca: Amarú.

Schalock, R. L.; Verdugo, M. Á. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.

Scharll, M. (2000). *La actividad física en la tercera edad*. Barcelona: Paidotribo.

Soler, A.; Jimeno, M. (1998). *Actividades acuáticas para personas mayores*. Madrid: Gymnos i RFEN-Escuela Nacional de Entrenadores.

Trilla, J.; Ayuste A.; Romañá, T.; Salinas, H. (2001). «Educación y calidad de vida. Las cosas, los otros y uno mismo». A: G. Vázquez Gómez (ed.), *Educación y calidad de vida* (pàg. 117-167). Madrid: Editorial Complutense.

Verdugo, M. Á. (2001). «Educación y calidad de vida: la autodeterminación de alumnos con necesidades especiales». A: *Actas del III Congreso La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo*. Salamanca: Universidad de Salamanca - Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Document consultat a: <http://www3.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/14.pdf>

Verdugo, M. Á. (2002). «Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo». A: R. Pérez Gil (ed.), *Hacia una cálida vejez. Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental* (pàg. 79-100). Madrid: FEAPS - Caja Madrid, Obra Social.

## Autors

### JAUME CANTALLOPS RAMON

Doctor per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Llicenciat en Ciències de l'Activitat Física i de l'Esport. Professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Àrea d'Educació Física i Esportiva. Membre del grup d'investigació GICAFE (Grup d'Investigació en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport) de la UIB.

### JOSEP VIDAL CONTI

Doctor per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Llicenciat en Ciències de l'Activitat Física i de l'Esport. Professor contractat doctor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Àrea d'Educació Física i Esportiva. Membre del grup d'investigació GICAFE (Grup d'Investigació en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport) de la UIB.

### PERE ANTONI BORRÀS ROTGER

Doctor per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Llicenciat en Educació Física. Professor contractat doctor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Àrea d'Educació Física i Esportiva. Membre del grup d'investigació GICAFE (Grup d'Investigació en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport) de la UIB.

### FRANCESC XAVIER PONSETI VERDAGUER

Doctor per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Llicenciat en Psicologia. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Àrea d'Educació Física i Esportiva. Membre del grup d'investigació GICAFE (Grup d'Investigació en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport) de la UIB.

### PERE PALOU SAMPOL

Doctor per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Llicenciat en Educació Física. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Àrea d'Educació Física i Esportiva. Investigador principal del grup d'investigació GICAFE (Grup d'Investigació en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport) de la UIB.



Universitat de les  
Illes Balears



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

# Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2011**



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria de Salut,  
Família i Benestar Social